



БЕЛОЯРСКИЙ РАЙОН  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА

АДМИНИСТРАЦИЯ БЕЛОЯРСКОГО РАЙОНА  
КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

11 сентября 2023 года

№ 305

Белоярский

**Об утверждении состава и Порядка работы  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района**

В соответствии с федеральными законами от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»:

1. Утвердить:

1) состав территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района согласно приложению 1 к настоящему распоряжению;

2) Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района согласно приложению 2 к настоящему распоряжению.

2. Заведующему муниципальным автономным дошкольным образовательным учреждением Белоярского района «Центр развития ребенка – детский сад «Сказка» г. Белоярский» Зиминой В.В. обеспечить организационно-технические условия для работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района.

3. Признать утратившими силу следующие распоряжения Комитета по образованию администрации Белоярского района:

- от 12 мая 2020 года № 166 «Об утверждении состава и Порядка работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района»;

- от 24 ноября 2020 года № 430 «О внесении изменений в распоряжение Комитета по образованию администрации Белоярского района от 22 ноября 2020 года № 394»;

- от 24 сентября 2021 года № 283 «О внесении изменений в распоряжение Комитета по образованию администрации Белоярского района от 12 мая 2020 года № 166»;

- от 8 декабря 2021 года № 448 «О внесении изменений в отдельные распоряжения Комитета по образованию администрации Белоярского района»;

4. Контроль за выполнением распоряжения оставляю за собой.

Председатель

И.В.Вакуленко

Черногорова Светла Владимировна  
5-15-69, доб.107

Рассылка: в дело, Черногоровой С.В., всем дошкольным и общеобразовательным учреждениям

**СОСТАВ**  
**территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района**

Вакуленко Ирина Владимировна	- председатель Комитета по образованию администрации Белоярского района, председатель комиссии
Черногорова Светлана Владимировна	- ведущий специалист отдела общего и дополнительного образования Комитета по образованию администрации Белоярского района, заместитель председателя комиссии,
Войтехович Кристина Олеговна	- социальный педагог муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения Белоярского района «Центр развития ребенка – детский сад «Сказка» г. Белоярский»
Члены комиссии:	
Баринова Инесса Игоревна	- учитель-логопед комиссии, учитель-логопед муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения Белоярского района «Детский сад комбинированного вида «Снегирек» г. Белоярский»
Беспалова Анастасия Анатольевна	учитель-дефектолог комиссии, учитель-дефектолог муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения Белоярского района «Центр развития ребенка – детский сад «Сказка» г. Белоярский»
Буркица Наталья Александровна	- учитель-дефектолог комиссии, учитель-дефектолог муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения Белоярского района «Центр развития ребенка – детский сад «Сказка» г. Белоярский»
Гарипова Земфира Айратовна	- учитель-дефектолог комиссии, учитель-логопед муниципального автономного общеобразовательного учреждения Белоярского района «Средняя общеобразовательная школа № 3 г. Белоярский»
Курочкина Татьяна Александровна	- учитель-логопед комиссии, учитель-логопед муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения Белоярского района «Детский сад комбинированного вида «Снегирек» г. Белоярский»
Лапина Жанна Владимировна	педагог-психолог комиссии, педагог-психолог муниципального автономного общеобразовательного учреждения Белоярского района «Средняя общеобразовательная школа № 1 г. Белоярский»

Прокофьева Светлана Владимировна	- учитель-логопед комиссии, учитель-логопед муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения Белоярского района «Детский сад «Звездочка» г. Белоярский»
Сидорова Евгения Германовна	- педагог-психолог комиссии, педагог-психолог, учитель-дефектолог муниципального автономного общеобразовательного учреждения Белоярского района «Средняя общеобразовательная школа № 3 г. Белоярский»
Привлеченный специалист	- педиатр бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница» (по согласованию)
Привлеченный специалист	- невролог бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница» (по согласованию)
Привлеченный специалист	- психиатр бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница» (по согласованию)
Привлеченный специалист	- офтальмолог бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница» (по согласованию)
Привлеченный специалист	- оториноларинголог бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница» (по согласованию)
Привлеченный специалист	- ортопед бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница» (по согласованию)

**П О Р Я Д О К**  
**работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**  
**Белоярского района**

1. Настоящий Порядок работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района (далее – Порядок) регламентирует работу территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района (далее – ПМПК), порядок проведения ПМПК комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей.

2. ПМПК является созывным органом, заседания ПМПК проходят в соответствии с графиком согласно приложению 1 к настоящему Порядку.

В дни работы ПМПК члены комиссии из числа педагогических работников освобождаются от своих обязанностей по основному месту работы.

3. ПМПК в своей работе руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка (Конвенция о правах ребенка, Декларация ООН о правах инвалидов, федеральными законами от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», от 21 ноября 2011 г ода № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, приказом бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница» от 23 января 2017 года № 60 «Об участии специалистов Белоярской районной больницы в работе психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района», настоящим Порядком.

4. ПМПК информирует муниципальные образовательные учреждения Белоярского района (далее – образовательное учреждение), родителей (законных представителей) детей об основных направлениях своей деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы.

5. Информация о проведении обследования детей в ПМПК, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием детей в ПМПК, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия родителей (законных представителей) детей третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. ПМПК имеет печать.

В деятельности ПМПК применяются следующие виды документов:

- 1) бланк исходящего документа согласно приложению 2 к настоящему Порядку;
- 2) журнал записи детей на обследование по форме согласно приложению 3 к настоящему Порядку;
- 3) журнал учета детей, прошедших обследование, по форме согласно приложению 4 к настоящему Порядку;
- 4) карта ребенка, прошедшего обследование (содержащая документы, представленные на ПМПК, заключения специалистов и протокол обследования с коллегиальным заключением ПМПК);
- 5) протокол обследования ребенка по форме согласно приложению 5 к настоящему Порядку.

- б) заключение ПМПК по форме согласно приложению 6 к настоящему Порядку;
- 7) соглашение о неразглашении по форме согласно приложению 7 к настоящему Порядку.

7. Обследование детей, в том числе учащихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими образовательных учреждений, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы, осуществляется в ПМПК по письменному заявлению родителей (законных представителей) или по направлению образовательных учреждений, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия их родителей (законных представителей).

Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами ПМПК осуществляются бесплатно.

8. Для проведения обследования ребенка его родители (законные представители) предъявляют в ПМПК документ, удостоверяющий их личность, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка, а также представляют следующие документы:

- а) заявление и согласие на проведение обследования ребенка в комиссии по форме согласно приложению 8 к настоящему Порядку;
- б) копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);
- в) направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (если инициатором обследования являются данные организации);
- г) коллегиальное заключение (заключения) психолога - педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);
- д) заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);
- е) подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);
- ж) характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций);
- з) письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;
- ж) согласие на обработку персональных данных по формам согласно приложению 9 к настоящему Порядку.

При необходимости ПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.

Запись на проведение обследования ребенка в ПМПК осуществляется при подаче документов.

9. Обследование детей проводится в присутствии их родителей (законных представителей) с соблюдением конфиденциальности информации.

10. В ходе обследования ребенка ПМПК ведется протокол, в котором указываются сведения о ребенке, специалистах ПМПК, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и заключение ПМПК.

11. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения ПМПК производятся в отсутствие детей.

12. Протокол и заключение ПМПК оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами ПМПК, проводившими обследование, и руководителем

ПМПК (лицом, исполняющим его обязанности).

Заключение ПМПК заверяется печатью ПМПК.

В случае необходимости срок оформления протокола и заключения ПМПК продлевается, но не более чем на 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

Копия заключения ПМПК и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под роспись или направляются по почте с уведомлением о вручении.

13. Заключение ПМПК носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер.

Представленное родителями (законными представителями) детей заключение комиссии является основанием для создания образовательными учреждениями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

Заключение ПМПК действительно для представления в указанные органы, организации в течение календарного года с даты его подписания.

14. ПМПК организует свою работу во взаимодействии:

1) с участниками образовательного процесса образовательных учреждений по вопросам диагностирования, образования и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья;

2) с психолого - педагогическими консилиумами образовательных учреждений;

3) с врачебной комиссией бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Белоярская районная больница», бюро медико-социальной экспертизы по Белоярскому району;

4) с комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав администрации Белоярского района;

5) с Департаментом образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

6) с Центральной психолого-медико-педагогической комиссией Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

15. Организационное и техническое обеспечение деятельности ПМПК осуществляет Комитет по образованию администрации Белоярского района.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии Белоярского района

**Г Р А Ф И К**

работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района (далее – ПМПК)

**Место работы ПМПК:** муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение Белоярского района «Центр развития ребенка - детский сад «Сказка», 2 корпус, 2 этаж.

<b>Дни заседаний ПМПК*</b>	<b>Виды деятельности специалистов ПМПК, время работы</b>	<b>Педагогический состав ПМПК</b>	<b>Выдача заключений родителям (законным представителям)</b>	<b>Педагогический состав ПМПК</b>
<b>1-ая среда</b> месяца	<b>9.00 – 13.00</b> Комплексное обследование специалистами ПМПК. <b>13.00 – 15.00</b> Подготовка заключений и рекомендаций специалистами ПМПК	Лапина Ж.В. Беспалова А.А. Курочкина Т.А. Войтехович К.О.	<b>15.00 – 17.00</b> выдаются заключения прошедшим обследование <b>в 4-ю неделю предыдущего месяца</b>	Лапина Ж.В. Гарипова З.А. Барина И.И. Войтехович К.О.
<b>2-ая среда</b> месяца	<b>9.00 – 13.00</b> Комплексное обследование специалистами ПМПК. <b>13.00 – 15.00</b> Подготовка заключений и рекомендаций специалистами ПМПК	Сидорова Е.Г. Буркица Н.А. Прокофьева С.В. Войтехович К.О.	<b>15.00 – 17.00</b> выдаются заключения прошедшим обследование <b>в 1-ю неделю предыдущего месяца</b>	Лапина Ж.В. Беспалова А.А. Курочкина Т.А. Войтехович К.О.
<b>4-ая среда</b> месяца	<b>9.00 – 13.00</b> Комплексное обследование специалистами ПМПК. <b>13.00 – 15.00</b> Подготовка заключений и рекомендаций специалистами ПМПК	Лапина Ж.В. Гарипова З.А. Барина И.И. Войтехович К.О.	<b>15.00 – 17.00</b> выдаются заключения прошедшим обследование <b>в 2-ю неделю предыдущего месяца</b>	Сидорова Е.Г. Буркица Н.А. Прокофьева С.В. Войтехович К.О.

\*- возможно изменение даты проведения заседаний территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Белоярского района в связи с объективной производственной необходимостью, о чем участники образовательных отношений будут уведомлены дополнительно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

**КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ  
АДМИНИСТРАЦИИ БЕЛОЯРСКОГО РАЙОНА  
Ханты-Мансийского автономного округа - Югры**

**Территориальная  
психолого-медико-педагогическая  
комиссия Белоярского района  
(ПМПК Белоярского района)**

**Кому**

---

3 микрорайон, д.14а, г. Белоярский,  
Ханты-Мансийский автономный округ-Югра,  
Тюменская область, 628162  
Тел./факс: (34670) 2-16-80, E-mail: [info@beledu.ru](mailto:info@beledu.ru)  
ОКПО 29649684 ОГРН 1028601522068  
ИНН/КПП 8611003391/861101001

---

**00.00.0000**

№ **00**

На № **00**

от **00.00.0000**

**Тема исходящего (при необходимости)**

Уважаемый (ая) \_\_\_\_\_ !

Текст исходящего

Председатель комиссии

подпись

расшифровка подписи

ФИО исполнителя,  
телефон



ПРИЛОЖЕНИЕ 3  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

**Ж У Р Н А Л**  
**предварительной записи детей на обследование**  
**в ПМПК Белоярского района**

№ п/п	Дата поступления заявки из образовательного учреждения/дата обращения родителей (законных представителей)	ФИО ребенка	Дата рождения	Инициатор обращения	Повод обращения
----------	---	----------------	------------------	------------------------	--------------------

ПРИЛОЖЕНИЕ 4  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

**Ж У Р Н А Л**  
**учета детей, прошедших обследование в ПМПК Белоярского района**

Дата	Учетный номер карты ребенка	ФИО ребенка	Дата рождения	Кем направлен на ПМПК, образовательное учреждение, класс/группа	Коллегиальное заключение ПМПК	Рекомендации
------	--------------------------------------	----------------	------------------	---	-------------------------------------	--------------

ПРИЛОЖЕНИЕ 5  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

КОМИТЕТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ БЕЛОЯРСКОГО РАЙОНА  
Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия Белоярского района  
(ПМПК Белоярского района)

**ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ\***

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

**ФИО** \_\_\_\_\_ **ребенка:** \_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_ **Возраст:** \_\_\_\_\_

**Инвалидность:** да/нет № \_\_\_\_\_ **срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

**Медицинское заключение ВК да/нет № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.**

**Инициатор обращения в ПМПК:** самостоятельно / направлен ОО/ медицинским учреждением / учреждением социальной защиты / правоохранительными органами/

**Адрес** \_\_\_\_\_ **регистрации** \_\_\_\_\_ **ребенка:** \_\_\_\_\_

Регистрация постоянная / временная

**Семья:** полная / неполная / многодетная (детей \_\_\_\_\_) / мать-одиночка / ребенок из семьи мигрантов / ребенок двуязычной семьи / ребенок под опекой / ребенок усыновлен

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_ **законного** \_\_\_\_\_ **представителя:** \_\_\_\_\_

**Телефон:** \_\_\_\_\_ **email:** \_\_\_\_\_

**Ф.И.О. законного представителя:** \_\_\_\_\_

**Телефон:** \_\_\_\_\_ **email:** \_\_\_\_\_

**Сведения об образовании**

Наименование ОО: \_\_\_\_\_

Округ ОО: \_\_\_\_\_

Посещал / не посещал / посещает в настоящее время ОО \_\_\_\_\_

**ОО:** государственная / негосударственная \_\_\_\_\_

уровень образования: дошкольный; начальный общий; основной общий; средний общий; общий; СПО

**группа / класс** \_\_\_\_\_

**форма обучения:** очная; очно-заочная; заочная; семейное; самообразование

**образовательная программа** \_\_\_\_\_

реализация образовательной программы с применением электронного обучения; дистанционных образовательных технологий: да / нет

организация обучения: в образовательной организации; на дому; в санаторной ОО; в медицинской организации

**Сведения из истории развития ребенка:** (имеется / не имеется) \_\_\_\_\_

Беременность по счету \_\_\_\_ Особенности протекания: (токсикоз / резус конфликт / угроза выкидыша)

Перенесенные заболевания во время беременности \_\_\_\_\_

Роды \_\_\_\_\_ на какой неделе \_\_\_\_\_ самостоятельные / оперативные / родовспоможение

Родовая травма (да / нет) Асфиксия (да / нет) Шкала Апгар \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

**Психомоторное развитие до трех лет:** по возрасту / с задержкой / с опережением

Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_

Наблюдение специалистов \_\_\_\_\_

**Речевое развитие ребенка:** по возрасту / с задержкой / с опережением;

гуление \_\_\_\_\_; лепет \_\_\_\_\_; первые слова \_\_\_\_\_; речь фразой \_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания: сформированы / в стадии формирования

/не сформированы / грубо нарушены / \_\_\_\_\_

**Развитие ребенка после трех лет: перенесенные заболевания / травмы / случаи пребывания в больнице / болеющий**

---

---

---

## **11. Результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов**

**11.1. Результаты обследования ребенка педагогом-психологом** (особенности эмоционально-волевой сферы и поведения, операциональные характеристики деятельности, развитие высших психических функций)

---

---

---

**Выводы** (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики, индивидуально-психологические проблемы, способные дополнительно нарушать процессы социопсихологической адаптации, специфические и неспецифические дисфункции, наличие и вероятные причины отклонений, рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы педагога-психолога)

---

---

---

**11.2. Результаты обследования ребенка учителем-дефектологом**

(соответствие/несоответствие знаниям по основным предметам (математика, русский язык, чтение) требованиям программы, игровая деятельность, виды необходимой помощи, уровень обучаемости)

---

---

---

**Выводы** (рекомендуемый вариант ООП/АООП, направления коррекционно-развивающей работы учителя-дефектолога)

---

---

---

**11.3. Результаты обследования ребенка учителем-логопедом** (состояние и подвижность артикуляционного аппарата, состояние мелкой моторики, понимание речи, темп, внятность, характеристика речи, звукопроизношение, фонематические процессы, словарный запас, грамматический строй, характеристики чтения и письма)

---

---

---

---

**Выводы** (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы учителя-логопеда)

---

---

---

---

**11.4. Результаты обследования ребенка социальным педагогом** (условия жизни и воспитания ребёнка, степень его социопсихологической адаптированности)

---

---

---

---

**Выводы** (вероятность социально-средового генеза имеющихся отклонений в развитии, рекомендуемые направления коррекционной работы социального педагога)

---

---

---

---

**11.5. Результаты обследования ребенка другими специалистами**

---

---

---

---

## Выводы

---

---

---

---

### 12. Особые мнения специалистов (при наличии)

---

---

#### 1. Заключение комиссии о необходимости создания специальных условий получения образования

---

---

#### 2. Перечень документов, представленных для проведения обследования

№	Перечень документов для проведения обследования	
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии	
2.	Согласие на обработку персональных данных	
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет	
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)	
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка	
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)	
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)	
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)	
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)	
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)	
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка	
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)	
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)	
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))	

Члены ПМПК:

Руководитель комиссии (заместитель руководителя комиссии) \_\_\_\_\_

Врач-психиатр \_\_\_\_\_

Педагог-психолог \_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_

Другие специалисты \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

**М. П.**

\* пункты 1- 10 протокола обследования формируются в «АИС ПМПК».

ПРИЛОЖЕНИЕ 6  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

**Территориальная медико-психолого-педагогическая комиссия Белоярского района  
(ПМПК Белоярского района)**

3 микрорайон, д.14а, г. Белоярский, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, Тюменская область, 628162  
Тел./факс: (34670) 5-15-63, E-mail: [info@beledu.ru](mailto:info@beledu.ru)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании специальных условий для получения образования обучающимся с ограниченными возможностями  
здоровья, инвалидностью**

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

- Образовательная программа \_\_\_\_\_
- Уровень образования \_\_\_\_\_
- Вариант и срок реализации программы \_\_\_\_\_
- Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий \_\_\_\_\_
- Специальные методы обучения \_\_\_\_\_
- Специальные учебники \_\_\_\_\_
- Специальные учебные пособия \_\_\_\_\_
- Специальные технические средства обучения: \_\_\_\_\_
- Организация пространства \_\_\_\_\_
- Тьюторское сопровождение обучающихся \_\_\_\_\_

Направления коррекционной работы:

- Педагог-психолог \_\_\_\_\_

- Учитель-логопед \_\_\_\_\_
- Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_
- Социальный педагог \_\_\_\_\_

Иные рекомендации ПМПК: Нуждается в создании специальных условий в системе дополнительного образования

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций \_\_\_\_\_

Руководитель ПМПК: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Заместитель руководителя ПМПК: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Члены ПМПК: \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Дата выдачи рекомендаций ПМПК \_\_\_\_\_

М.П.

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия получен.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

ПРИЛОЖЕНИЕ 7  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

**ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, \_\_\_\_\_

понимаю, что, являясь специалистом \_\_\_\_\_

(указать полное наименование ПМПК)

получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся на ПМПК.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся на ПМПК.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся на ПМПК, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающихся на ПМПК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся на ПМПК, а также информацию об этих лицах:

- анкетные и биографические данные;
- состав семьи;
- паспортные данные;
- специальность;
- занимаемая должность;
- наличие судимостей;
- адрес места жительства, номера домашнего и/или мобильного номеров телефонов, электронный адрес;
- место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребенка и/или обратившегося лица;
- состояние здоровья ребенка;
- актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;
- заключение специалистов ПМПК;
- рекомендации, полученные по результатам обращения на ПМПК.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц на ПМПК.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся на ПМПК, я несу ответственность в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

\_\_\_\_\_  
дата

\_\_\_\_\_  
должность

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

\_\_\_\_\_  
подпись



ПРИЛОЖЕНИЕ 8  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

Руководителю ТПМПК Белоярского района  
**Вакулenco Ирине Владимировне**

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью*

\_\_\_\_\_  
*документ, удостоверяющий личность*

Выдан \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое \_\_\_\_\_ проживание: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью \_\_\_\_\_,

(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; создание условий при прохождении ГИА и др.)

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

№	Перечень документов для проведения обследования
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
2.	Согласие на обработку персональных данных
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)

7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)
9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))

Прошу предоставить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

Согласен(а) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных моего ребенка, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Руководителю ТПМПК Белоярского района  
**Вакуленко Ирине Владимировне**

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью*

\_\_\_\_\_  
*документ, удостоверяющий личность*

Выдан \_\_\_\_\_

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Фактическое проживание: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

Согласен(а) на проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования  
ребенка \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

с целью \_\_\_\_\_,  
(определение, уточнение, изменение образовательного маршрута; создание условий при прохождении ГИА и др.)

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен(а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Полностью проинформирован(а) о правах, которыми обладаю как родитель (законный представитель), в том числе о праве присутствия при психолого-медико-педагогическом обследовании моего ребёнка.

Поставлен(а) в известность о необходимости предоставления следующих документов для обследования в психолого-медико-педагогическую комиссию Ханты-Мансийского автономного округа – Югры:

№	Перечень документов для проведения обследования
1.	Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
2.	Согласие на обработку персональных данных
3.	Согласие на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет
4.	Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии)
5.	Документы, удостоверяющие личность родителя (законного представителя), подтверждающие полномочия по представлению интересов ребёнка
6.	Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
7.	Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или заключение (заключения) специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)
8.	Характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (представление психолого-педагогического консилиума образовательной организации на обучающегося для предоставления на ПМПК) (для обучающихся образовательных организаций)

9.	Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
10.	Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации)
11.	Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка
12.	Справка медико-социальной экспертизы об установлении инвалидности (при наличии)
13.	Заключение врачебной комиссии (при наличии)
14.	Другие документы (при желании родителя (законного представителя))

Прошу предоставить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

Согласен(а) на обработку персональных данных, в том числе персональных данных моего ребенка, в соответствии с ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*(подпись)* / *(расшифровка подписи)*

ПРИЛОЖЕНИЕ 9  
к Порядку работы территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Белоярского района

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
*(Ф.И.О. заявителя)*

\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
*(вид основного документа, удостоверяющего личность)*

выдан \_\_\_\_\_  
*(орган и дата выдачи)*

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(документ, подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)*

**принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, включающих:** фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные о родстве с ребенком, **а также персональных данных моего ребенка** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)*

проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

*(вид основного документа, удостоверяющего личность)*

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, пол, статус семьи, данные о состоянии здоровья ребенка и его медицинском обследовании, сведения об учебной деятельности,

\_\_\_\_\_  
*(полное наименование психолого-медико-педагогической комиссии)*

с местом нахождения по адресу: \_\_\_\_\_

*(почтовый адрес психолого-медико-педагогической комиссии)*

и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях.

Целью обработки персональных данных является проведение специалистами ПМПК комплексного обследования для подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи и организации обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций ПМПК.

**Подтверждаю** согласие на следующие действия с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных путем смешанной обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес ПМПК с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
*(подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(расшифровка подписи)*

Руководителю ТПМПК Белоярского района  
**Вакуленко Ирине Владимировне**

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. заявителя

\_\_\_\_\_  
регистрация по месту жительства (фактического проживания)

**Согласие на проведение медицинского обследования  
лица, достигшего возраста 15 лет**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии.

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в центральной/территориальной ПМПК Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

**Согласие на проведение медицинского обследования  
родителя (законного представителя) лица, не достигшего возраста 15 лет или лица,  
признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему  
состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в центральной/территориальной ПМПК Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)