**Уважаемые родители (законные представители)!**

***Прием документов ТПМПК Фрунзенского района Санкт-Петербурга осуществляет в дистанционном формате.***

*Ответственный за прием документов на ТПМПК для детей дошкольного возраста****(группы компенсирующей направленности  для детей с нарушениями речи, логопедия,  ЗПР,  ОПДА):****секретарь ТПМПК - Макарова Ольга Андреевна,   электронная почта:****olg4549@yandex.ru;****Перечень  документов   см.приложение на сайте.*

*Документы направляются по электронной почте ЕДИНЫМ пакетом.*

*в  Теме  письма   «Фамилия и имя ребенка, вид  комиссии (Логопедическая)»*

*В ТПМПК могут обратиться родители (законные представители) детей, зарегистрированных и/ или проживающих в Санкт-Петербурге.*

*Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе). В случае если на ТПМПК будет представлен неполный комплект документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.*

*В представляемых документах не допускаются: повреждения, нечитаемые части текста или нечитаемые оттиски штампов и печатей, не удостоверенные исправления, наличие которых не позволяет однозначно толковать их содержание.*

*Запись на проведение обследования ребенка в ТПМПК осуществляется после подачи****ПОЛНОГО****пакета документов.*

***Оригиналы документов родители (законные представители) приносят с собой в день проведения заседания ТПМПК.***

*Информирование родителей (законных представителей) ребенка о регистрации заявления, а также дате, времени, месте и порядке проведения обследования осуществляется секретарем Комиссии.*

Приложение **Перечень документов (при первичном обращении) для предоставления на ТПМПК для выработки рекомендаций по определению образовательной программы для детей дошкольного возраста**(**группы компенсирующей направленности для детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), задержкой психического развития (ЗПР), нарушения опорно-двигательного аппарата (НОДА)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***№ п/п*** | ***Наименование документа*** | ***Примечание*** |
| 1 | Письменное [**заявление**](http://www.gmpmpk.ru/docs/zayavlenie_na_CPMPK-doshkolnaya_2017.pdf) родителя (законного представителя) – на бланке ТПМПК. | Бланк заявления (см. в приложении) При скачивании бланка заявления и заполнении его дома необходимо указывать дату фактической подачи документов. |
| 2 | [**Согласие на обработку персональных данных**](http://www.gmpmpk.ru/docs/gia/pismennoe-soglasie-na-obrabotku-personalnih-dannih-dlya-predstaviteley.pdf) ребенка и родителя (законного представителя) – на бланке ГБУ ЦДК. | Бланк см. в приложении. |
| 3 | **Свидетельство о рождении ребенка** | Скан. копия. |
| 4 | **Паспорт** (или иной документ, удостоверяющий личность) **родителя**(законного представителя)**.** | Предъявляется при очной подаче документов,  копию прилагать не требуется |
| 5 | [**Характеристика**](http://www.gmpmpk.ru/docs/pedagogicheskaya-harakteristika-na-obuchauschegosya-doshkolnogo-vozrasta.pdf) **обучающегося, выданная дошкольной образовательной организацией (далее – ДОО).** | Предоставляют родители (законные представители) детей, посещающих ДОО.  Следует указать цель составления характеристики, дату ее оформления (должна быть выдана в текущем учебном году). Характеристика должна быть подписана заведующим ДОО, заверена печатью.  *Запросить характеристику можно в ДОУ по электронной почте* |
| 6 | **Справка, подтверждающая факт установления инвалидности,** выданная федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы,а также**индивидуальная программа реабилитации и абилитации ребенка-инвалида (ИПР/ ИПРА)**и их копии. | Предоставляют родители (законные представители) детей-инвалидов. |
| 7 | **Подробная выписка из истории развития ребенка** с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации).  Выписка может предоставляться из медицинской организации, в которой наблюдается ребенок по полису ОМС или ДМС. | Выписка может бытьоформлена на бланке(см. в приложении)или в свободной форме специалистом, наблюдающим Вашего ребенка, на бланке медицинской организации с печатью и подписью врача.  В выписке указывается дата ее оформления. |
| 8 | **Медицинские сведения** **от психиатра** из районного детского психоневрологического диспансерного отделения (ПНДО) СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина» либо из другой медицинской организации. | Медицинские сведения предоставляют родители (законные представители) детей с 3-х лет в случае, если ребенок наблюдается психиатром. |
| 9 | **Заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (по основному заболеванию).** | Заключение оформляется на официальном бланке медицинской организации, заверяется личной подписью и печатью врача-специалиста, а также печатью медицинской организации. Указывается дата оформления заключения.  Желательно также указать шифр заболеваний по МКБ-10. **Предоставляют родители (законные представители)** **детей указанных категорий:** |
| * Заключение ортопеда (оригинал и копия) и последние рентгеновские снимки. | Для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. |
| 10 | Результаты предыдущих обследований ребенка в ПМПК – **заключение ПМПК**(или заверенная в установленном порядке копия) и его копия. | Предоставляют родители (законные представители) детей, которые ранее проходили обследование в ПМПК (ТПМПК или ЦПМПК). |
| 11 | **Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка**(рисунки, поделки и т. п.). | При наличии. |

**Если срок действия заключения ТПМПК истеки требуется повторное прохождение комиссии.**

В этом случае родители (законные представители) представляют следующий пакет документов:

* актуальные медицинские справки:для детей с ТНР(тяжелые нарушения речи), ЗПР (задержка психического развития) - от невролога, психиатра (для детей с 3-х лет в случае, если ребенок наблюдается психиатром), групп НОДА (нарушение опорно-двигательного аппарата) - от ортопеда и невролога). Справки от врачей оформляются на бланках мед. учреждений;
* характеристика из детского сада;
* первичное заключение ТПМПК;
* заявление в ТПМПК;
* согласие на обработку персональных данных.

Собранные документы сканируются и отправляются на электронный адрес секретаря ТПМПК, указанный выше.

Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе). В случае если на ТПМПК будет представлен неполный комплект документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.

В представляемых документах не допускаются: повреждения, нечитаемыечасти текста или нечитаемые оттиски штампов и печатей, не удостоверенные исправления,наличие которых не позволяет однозначно толковать их содержание.

Запись на проведение обследования ребенка в ТПМПК осуществляется после подачи **ПОЛНОГО** пакета документов.

**Оригиналы документов родители (законные представители) приносят с собой в деньпроведения заседания ТПМПК.**

Информирование родителей (законных представителей) ребенка о регистрации заявления, а также дате, времени, месте и порядке проведения обследования осуществляется секретарями Комиссии.

**В случае несогласия с заключением ТПМПК Фрунзенского района** родители (законные представители) имеют право обжаловать его в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Санкт-Петербурга (Лиговский пр., д. 46, тел. регистратуры 314-13-12, E-mail: [gmpmpkspb@mail.ru](mailto:gmpmpkspb@mail.ru))

Учетный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ТПМПК Фрунзенского района**

**Санкт-Петербурга**

**Заявление**

**о проведении обследования ребенка в ТПМПК**

**Я**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф. И. О. родителя/ законного представителя)*

*паспорт №* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, *выдан (кем и когда) \_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*регистрация по адресу* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*контактный телефон*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу принять документы моего ребенка**

*ФИО*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Дата рождения*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *район и адрес регистрации*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*район и адрес проживания*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**и провести комплексное психолого-педагогическое обследование с целью выработки рекомендаций по определению образовательной программы.**

Причина обращения в ТПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень представленных документов:** *(Отметить)*

* Предъявлен документ, удостоверяющий личность законного представителя.
* Предъявлен документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка.
* Копия или свидетельство о рождении ребенка (предъявлен оригинал или заверенная в установленном порядке копия).
* Направление образовательной организации (далее - ОО), организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации.
* Заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума ОО или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в ОО.
* Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка.
* Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации).
* Характеристика обучающегося, выданная ОО.
* Копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико- социальной экспертизы, и индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида/ инвалида (ИПР/ ИПРА) (предъявлены оригиналы или заверенные в установленном порядке копии).
* Заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка.
* Медицинские сведения из СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина».

Другие документы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я информирован(а) о следующем:**

 Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе). В случае если на ТПМПК будет представлен неполный комплект документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.

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

 Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

 Состав специалистов ТПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются членами комиссии исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

**Прошу выдать копию заключения ТПМПК и особых мнений специалистов** (при их наличии):

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

Настоящим даю согласие на обработку своих персональных данных, а также персональных данных и данных осмотра специалистами ТПМПК моего ребенка.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

*\* Статья 9. «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных» Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»*

**ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

**И ДАННЫХ ОСМОТРА СПЕЦИАЛИСТАМИ ТПМПК\***

**(для законных представителей)**

Я , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО родителя/законного представителя, полностью, в именительном падеже, в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий /зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае если адрес постоянной регистрации не совпадает с адресом фактического проживания, указываются оба адреса)

паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выданный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем и когда выдан)

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являюсь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.

(Ф.И.О. ребенка в именительном падеже, в соответствии с документом)

свидетельство о рождении / паспорт (нужное подчеркнуть) серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан(о)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающего /зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, своей волей и в своем интересе настоящим даю свое согласие на обработку и передачу персональных данных, относящихся ко мне и к представляемому мной несовершеннолетнему, с использованием средств автоматизации /или без использования таких средств ТПМПК Фрунзенского района Санкт-Петербурга (далее ТПМПК), которая обеспечивает конфиденциальность персональных данных и безопасность при их обработке и передаче.   
 Перечень персональных данных, касающихся меня лично, на обработку и передачу которых выдано настоящее Согласие:

- сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность;

- сведения о номере контактного телефона, адресе регистрации и фактического проживания, адресе электронной почты;

- сведения, содержащиеся в документах, подтверждающих полномочия законного представителя ребенка;

Перечень персональных данных, касающихся несовершеннолетнего, на обработку и передачу которых выдано настоящее Согласие:

- сведения, содержащиеся в документах, удостоверяющих личность (свидетельство о рождении и/или паспорт);

- сведения об адресе регистрации и фактического проживания;

- сведения о состоянии здоровья (включая результаты медицинских обследований, медицинские заключения, заключения и рекомендации, выданные учреждениями медико-социальной экспертизы, сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний /о рекомендациях к обучению в образовательной организации), содержащиеся в документах, предоставленных для проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования несовершеннолетнего в ТПМПК;

- сведения из образовательной организации (включая данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций, форме получения образования, сведения об успеваемости и внеурочной занятости, результатах промежуточной и итоговой аттестации, данные психолого-педагогической характеристики);

- сведения о составе семьи, включая данные о местонахождении, занятости родителей, отношении к категории детей, оставшихся без попечения родителей, сведения, содержащиеся в документах об устройстве ребенка на воспитание в семью (усыновление (удочерение), под опеку или попечительство, в приемную семью либо в случаях, предусмотренных законами субъектов Российской Федерации, в патронатную семью) либо организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, всех типов;

- сведения документов, содержащих характеристику поведенческого статуса, сведения о правонарушениях;

- сведения о результатах осмотра специалистами ТПМПК моего ребенка.

Настоящим подтверждаю, что представленные мной персональные данные являются полными и достоверными. Мне разъяснено, что за предоставление недостоверной информации и/или заведомо ложной информации о персональных данных я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Настоящим подтверждаю, что предоставленные мной персональные данные, относящиеся к несовершеннолетнему, получены и переданы мной с соблюдением требований законодательства о персональных данных, ответственность за соблюдение указанных требований лежит на мне лично. Настоящее Согласие предоставляется на осуществление всех действий в отношении моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, которые необходимы для достижения целей деятельности ТПМПК, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, резервное копирование и архивирование, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам – органам управления образованием, государственным медицинским организациям, органам полиции), обезличивание, блокирование и уничтожение персональных данных, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. Настоящее Согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме или до истечения срока хранения документов, определенного действующим законодательством РФ (в зависимости от того, какой момент наступит ранее). На основании моего письменного обращения с требованием о прекращении обработки персональных данных, обязано прекратить обработку таких персональных данных в течение 3 (трех) рабочих дней.

**Дата: «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**  
\* Статья 9. «Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных» Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных»

|  |  |
| --- | --- |
| *Штамп ДОО*  *(или оформление характеристики на официальном бланке ДОО)* | *Примерная форма характеристики*  *обучающегося дошкольного возраста,*  *выданной дошкольной образовательной*  *организацией (ДОО)* |

**ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ  
дошкольного возраста, направляемого на обследование  
в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию  
 Фрунзенского района Санкт-Петербурга(ТПМПК)**

**1. Общие сведения**

 Ф. И. О. ребенка.  
 Дата рождения ребенка.  
 Адрес регистрации и фактического проживания.  
 Полное название ДОО, в которой в настоящий момент обучается ребенок; группа;программа обучения (общеобразовательная основная/ адаптированная); форма обучения.

**2. Цель обращения в ТПМПК** (получение рекомендаций по определению образовательнойпрограммы в связи с трудностями в обучении, трудностями в адаптации, состоянием здоровья, продление пребывания в ДОО, поступление в школу в более раннем возрасте и др.).

**3. Сведения об обучении**

 Возраст начала обучения в ДОО; сколько времени ребенок находится в данной ДОО;обучался ли где-либо до поступления в данную ДОО (если не обучался, то по какойпричине), по какой программе, в какой форме; причины перевода из другой ДОО (вслучаях, если ребенок поступил на обучение из другой ДОО).  
 Обращался ли ранее в ПМПК (по какой причине, какие рекомендации получил,воспользовался ли ими).

**4. Особенности обучения по образовательной программе**

 Особенности адаптации ребенка к данной ДОО.

 Понимание ребенком обращенной речи, уровень развития коммуникативных навыков,владение средствами альтернативной коммуникации.  
 Общая осведомленность ребенка.  
 Особенности восприятия (зрительного, слухового), мыслительных процессов, внимания,памяти и др.

 Уровень развития моторики (общая моторная неловкость, двигательная расторможенность,преимущественные недостатки мелкой моторики, какую деятельность затрудняют) и речи(речью не пользуется, речь малопонятна, пользуется речью преимущественно длякоммуникации, может отвечать на занятиях, формулировать свои мысли).  
 Работоспособность, темпы деятельности, степень овладения разделами образовательнойпрограммы; в чем заключаются особенности или трудности усвоения ребенкомпрограммы (принимает ли участие в организуемой образовательной деятельности, в т. ч.дополнительной; в чем особенности его участия, как ведет себя во время образовательнойдеятельности: проявляет заинтересованность, стремление выполнить задания; в игровойдеятельности – наличие стремления включиться в игру, использование предметовзаместителей; характер действий с игрушками: стереотипные манипуляции, хаотическаясмена игрушек или осмысленные и целенаправленные действия, принятие на себя роли,возможность игры с правилами, предлагает сам игру и стремится быть понятымсверстниками и т. п.).  
 Сформированность навыков самообслуживания.  
 Оказывалась ли коррекционно-педагогическая помощь, в каком объеме, ее эффективность.

**5. Психологические особенности** (особенности личности, взаимоотношений со сверстниками

и педагогами, поведения и др.)

 Состояние эмоционально-волевой сферы (повышенная эмоциональная возбудимость,

общая заторможенность, тревожность, агрессивность и др.).

 Взаимоотношение обучающегося с коллективом сверстников (особенно в тех случаях,

когда ребенок драчлив, агрессивен или, наоборот, чрезмерно пассивен).

 Соблюдение дисциплинарных требований (в т. ч. частота и характер конфликтов с детьми,

педагогами, поведение в конфликте; перечислить основные проступки, вызывавшие

тревогу у педагогов).

**6. Доминирующие увлечения и интересы**

**7. Состояние здоровья ребенка**

 Часто ли болеет простудными заболеваниями, имеет ли хронические заболевания,затрудняющие процесс обучения.  
 Особенности режима сна и бодрствования, аппетита (трудно засыпает и беспокойно спит;плохо ест, избирателен в еде).

**8. Характеристика семьи**

 Сведения о родителях (законных представителях).  
 Контактная информация семьи.

 С кем проживает ребенок, состав семьи (полная, неполная; многодетная; есть ли братья исестры, где обучаются).

 Особенности семейного воспитания (строгое, попустительское, непоследовательное,ребенку уделяется недостаточно внимания); кто приоритетно занимается в семьевоспитанием детей.

 Отношение семьи к имеющимся проблемам и трудностям ребенка (признание своихнеудач, отставания либо равнодушное или неадекватное отношение, др.).

 Взаимодействие семьи и ДОО.

**9. Общие выводы и впечатления о ребенке**

 В том числе обобщенные выводы педагога и его мнение об организации дальнейшегообучения ребенка.

*Дата оформления характеристики*

*Подпись руководителя ДОО с расшифровкой, печать ДОО*

*Подпись педагога (педагогов) с расшифровкой*