Приложение 1 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии

|  |
| --- |
| Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование ПМПК,*  *фамилия, инициалы руководителя)*  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)*  Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Номер телефона:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес электронной почты  (при наличии) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование в очной форме/дистанционной форме *(нужное подчеркнуть)* моего ребенка,

**\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. обследуемого полностью (при наличии), дата рождения ребенка)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(регистрация по месту жительства (фактического проживания) обследуемого)*

и представить мне заключение (рекомендации) о (*нужное выбрать*):

 создании специальных условий для получения образования;

 создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;

 создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;

 оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.

|  |
| --- |
| Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных и персональных данных моего ребенка в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».  Ознакомлен(а) с порядком проведения обследования в комиссии. |

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*подпись расшифровка подписи*

Приложение 2 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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 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*

Приложение 3 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(наименование ПМПК,*  *фамилия, инициалы руководителя)*  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Ф.И.О. родителя (законного представителя) полностью)*  Регистрация по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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 личном деле (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 родителя 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 личном деле (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*

Приложение 4 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководителю

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

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

*(наименование ПМПК, фамилия, инициалы руководителя)*

НАПРАВЛЕНИЕ

на обследование центральной/территориальной психолого-медико-педагогической комиссией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование ПМПК*

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

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

*наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность,*

*социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации*

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

*адрес местонахождения, контактный телефон*

направляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. обследуемого, дата рождения)*

на обследование специалистами центральной/территориальной психолого-медико-педагогической комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с целью (в связи с) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Приложение:

*Перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления в ПМПК.*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (расшифровка подписи)*

М.П.

Приложение 5 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося)

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) обучающегося: |  |
| Дата рождения обучающегося: |  |
| 1. Общие сведения.  1.1. Группа или класс обучения на день подготовки представления: |  |
| 1.2. Дата зачисления в организацию, осуществляющую образовательную деятельность: |  |
| 1.3. Наименование и вариант (при наличии) образовательной программы, по которой организовано образование обучающегося: |  |
| 1.4. Форма получения образования (выбрать нужное): | |
|  в организации, осуществляющей образовательную деятельность (в группе комбинированной направленности, в группе компенсирующей направленности, в группе общеразвивающей направленности, в группе оздоровительной направленности, в общеобразовательном классе, в инклюзивном классе, в отдельном (коррекционном) классе для обучающихся с (указать категорию обучающихся с ограниченными возможностями здоровья), на дому, в медицинской организации, в иной группе или классе (указать, какой) (выбрать нужное); | |
|  вне организации, осуществляющей образовательную деятельность (в форме семейного образования, в форме самообразования (выбрать нужное). | |
| 1.5. Использование при реализации образовательной программы электронного обучения, дистанционных образовательных технологий (выбрать нужное): | |
|  да; | |
|  нет. | |
| 1.6. Использование сетевой формы реализации образовательной программы (выбрать нужное): | |
|  да; | |
|  нет. | |
| 1.7. Факты, способные повлиять на поведение и успеваемость обучающегося (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (указать причину), перевод в другой класс, замена учителя начальных классов (однократная, повторная (выбрать нужное), межличностные конфликты в среде сверстников; конфликт семьи с образовательной организацией; обучение на основе индивидуального учебного плана; обучение на дому; повторное обучение в классе; наличие частых и (или) хронических заболеваний; частые пропуски учебных занятий; иное (указать) (выбрать нужное).  1.8. Состав семьи (указать, с кем проживает обучающийся, родственные связи, наличие братьев и (или) сестер).  1.9. Трудности, переживаемые в семье: материальные; в связи с бракоразводным процессом; в связи с переездом в другой город или страну; плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи; низкий уровень образования одного или нескольких членов семьи; проживание с одним или несколькими членами семьи с антисоциальным поведением и (или) психическими расстройствами (выбрать нужное);  2. Сведения об условиях и результатах обучения:  2.1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент поступления в организацию, осуществляющую образовательную деятельность (указать в соотношении с возрастными нормами развития).  2.2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент подготовки представления (указать в соотношении с возрастными нормами развития).  2.3. Характеристика динамики познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать период).  2.4. Характеристика динамики деятельности (практической, игровой, продуктивной) обучающегося за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать период) *(для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (с нарушением интеллекта).*  2.5. Характеристика динамики освоения образовательной программы обучающегося (указать соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям федеральной основной образовательной программы, в том числе адаптированной, или, для обучающегося по программе дошкольного образования - достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного общего образования, среднего общего образования, профессионального образования - достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях).  2.6. Индивидуальные особенности обучающегося, влияющие на результат обучения (указываются особенности: мотивации к обучению; коммуникации с педагогами и одноклассниками; ситуации, в которых возникает эмоциональная напряженность; уровень истощаемости и иные особенности обучающегося).  2.7. Отношение семьи к трудностям обучающегося.  2.8. Организация коррекционно-развивающей и психолого-педагогической помощи для обучающегося (указывается: направление (направления) работы и специалисты психолого-педагогического сопровождения, участвующие в ней; регулярность посещения занятий; характеристика результатов).  2.9. Характеристики взросления (указывается: характер занятости во внеучебное время; отношение к учебе; отношение к педагогическому воздействию; характер и значимость общения со сверстниками; значимость виртуального общения; способность критически оценивать свои поступки и поступки окружающих; самооценка; особенности психосексуального развития (при наличии); религиозные убеждения (при наличии, с указанием характера проявления (навязывает другим, или не актуализирует) жизненные планы и профессиональные намерения).  2.10. Характеристика поведенческих девиаций *(для подростков и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении)* (указывается: совершенные в прошлом или текущие правонарушения; наличие самовольных уходов из дома и (или) бродяжничества; проявления агрессии (физической и (или) вербальной); склонность к насилию; отношение к курению, алкоголю, наркотика и иным психоактивным веществам); сквернословие; отношение к компьютерным играм; повышенная внушаемость; дезадаптивные черты личности).  2.11. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы.  2.12. Дополнительная информация (указывается: хобби, увлечения, интересы; принадлежность к молодежной субкультуре (субкультурам).  2.13. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута обучающегося, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и (или) условий проведения индивидуальной профилактической работы. | |
| Приложение: (сведения о текущей успеваемости, о результатах промежуточной аттестации по учебным предметам, копия приказа об организации обучения на дому и (или) в медицинской организации). | |

Дата составления представления.

Руководитель организации,

осуществляющей образовательную

деятельность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Председатель психолого-педагогического

консилиума (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Члены психолого-педагогического

консилиума или специалист (специалисты),

осуществляющие психолого-педагогическое

сопровождение обучающегося \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

МП организации,

осуществляющей образовательную деятельность

Приложение 6 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| БЛАНК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ  ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ |
| от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Фамилия, имя, отчество  (при наличии) обследуемого: |  |
| 2. Пол обследуемого: |  |
| 3. Дата рождения обследуемого  (с указанием возраста на день обследования): |  |
| 4. Место проведения обследования *(нужное подчеркнуть)*: в помещениях, где размещается психолого-медико-педагогическая комиссия; по месту проживания и (или) лечения обследуемого; по месту обучения обследуемого; дистанционно (посредством видео-конференц-связи). | |
| 5. Обследование *(нужное подчеркнуть)*: первичное, повторное. | |
| 6. Наличие инвалидности *(нужное подчеркнуть)*: да, нет. | |
| 7. Инициатор обращения в психолого-медико-педагогическую комиссию *(нужное подчеркнуть):* родители (законные представители); организация, осуществляющая образовательную деятельность; организация здравоохранения; органы (организации) опеки; органы (организации) социальной защиты; комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав; суд; иная организация (указать, какая). | |
| 1. Адрес регистрации обследуемого: | |
| 1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) родителя (законного представителя):   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 1. Форма устройства обследуемого, оставшегося без попечения родителей *(нужное подчеркнуть):* усыновление (удочерение), опека, попечительство, приемная семья, патронатная семья, пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. 2. Перечень документов, предоставленных на психолого-медико-педагогическую комиссию *(выбрать нужное)*: | |
|  заявление на проведение обследования;   согласие на обработку персональных данных; | |
|  копия документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет; | |
|  копия свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) - или документа, подтверждающего родство обследуемого и заявителя; | |
|  копия документа, подтверждающего установление опеки или попечительства; | |
|  направление *(нужное подчеркнуть):* организации, осуществляющей образовательную деятельность; организации, осуществляющей социальное обслуживание; медицинской организации; других организаций *(указать):* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; | |
|  постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав - о направлении на психолого-медико-педагогическую комиссию; | |
|  копия заключения (заключений) психолого-медико-педагогической комиссии о результатах ранее проведенного обследования; | |
|  копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности; | |
|  копия индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида; | |
|  представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность (специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающегося); | |
|  медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения; | |
|  иные документы или их копии *(указать):* | |
| 12. Наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещает обследуемый (указать наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность, уровень образования, группу или класс обучения, форму получения образования): | |
| 13. Образовательная программа: | |
| 14. Результаты обследования ребенка специалистами и заключения специалистов психолого-медико-педагогической комиссии.  14.1. Педагог-психолог.  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.2. Учитель-логопед:  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.3. Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог):  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.4. Социальный педагог:  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.5 Врач-педиатр (врач-терапевт):  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.6. Врач-офтальмолог:  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.7. Врач-оториноларинголог:  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.8. Врач-травматолог-ортопед:  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.9. Врач-психиатр:  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.10. Иные специалисты (указать): | |
| 14.11. Заключения врачей в соответствии с представленным медицинским заключением: | |
| 15. Коллегиальное заключение (выводы) психолого-медико-педагогической комиссии  *(о нуждаемости обследуемого в создании специальных условий для получения образования (с указанием рекомендуемой образовательной программы); о нуждаемости обследуемого в создании условий и (или) специальных условий сдачи государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования (с указанием категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья; о нуждаемости обследуемого в организации индивидуальной профилактической работы)*  16. Рекомендации специалистов психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации о состоянии здоровья обследуемого:  17. Рекомендации специалистов психолого-медико-педагогической комиссии о необходимости дополнительной информации об организации образовательного процесса обследуемого:  18. Особое мнение специалистов психолого-медико-педагогической комиссии (при наличии): | |

Руководитель комиссии

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

(расшифровка подписи)

Члены ПМПК:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-травматолог-ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Иные специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Приложение 7 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БЛАНК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

о создании специальных условий для получения образования\*

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого:

Дата рождения:

Заключение: нуждается (не нуждается) в создании специальных условий для получения образования.

Образовательная программа: *указывается наименование рекомендованной образовательной программы*

Вариант образовательной программы: *указывается вариант рекомендованной образовательной программы*

Уровень образования: *указывается уровень образования в соответствии со статьей 10 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»*

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения   
и дистанционных образовательных технологий: *указывается «да» или «нет»*

Предоставление услуг ассистента (помощника): *указывается «да» или «нет»*

Специальные методы обучения: *указывается «в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Специальные учебники, учебные пособия и дидактические материалы: *указывается   
«в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Специальные технические средства обучения: *указывается «в соответствии   
с рекомендованной образовательной программой» или иное*

Обеспечение доступа в здания и помещения: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Предоставление тьюторского сопровождения: *указывается «требуется» или «не требуется»*

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог:

Учитель-логопед:

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог):

Социальный педагог:

Другие условия:

Условия организации индивидуальной профилактической работы:

Особые рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии:

Срок проведения обследования с целью подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций:

Руководитель комиссии

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

(расшифровка подписи)

Члены ПМПК:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-травматолог-ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Иные специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Дата выдачи заключения психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| подпись родителя (законного представителя) |  |  | (расшифровка подписи) |

\*Бланк применяется в случаях, не предусмотренных «АИС ПМПК»

Приложение 8 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Официальный бланк психолого-медико-педагогической комиссии)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**о создании условий при проведении государственной итоговой**

**аттестации, процедур допуска к государственной итоговой аттестации**

**по образовательным программам основного общего/среднего**

**общего образования**

**Протокол от** \_\_\_\_\_\_\_\_ **№** \_\_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество обследуемого:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Обучающийся:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **класса**

**Наименование образовательной организации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обследование на ПМПК проводится первично/повторно:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обучающийся (несовершеннолетний/совершеннолетний) является/не является лицом   
с ограниченными возможностями здоровья:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение ПМПК (нужное подчеркнуть)** для создания условий при проведении итогового собеседования по русскому языку, итогового сочинения (изложения), ГИА по образовательным программам основного общего образования, ГИА по образовательным программам среднего общего образования

**Справка МСЭ (при наличии)** № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на срок до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заключение ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)** № от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Медицинское заключение (при наличии)** № \_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основания для выбора формы ГИА (имеются/не имеются)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основания для организации пункта проведения экзаменов (ППЭ), места проведения итогового собеседования по русскому языку, итогового сочинения (изложения), на дому (имеются/не имеются)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

*(указать: категорию участников экзаменов: участники с ОВЗ, участники – дети-инвалиды, инвалиды, лица, обучающиеся по состоянию здоровья на дому, в образовательных организациях, в том числе санаторно-курортных, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, наличие медицинского заключения, место расположения ППЭ для организации ГИА: на дому, медицинские, образовательные организации, в том числе санаторно-курортные, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении, в соответствии с пунктами 49 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 58 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации  
 и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552).*

**Основания для создания условий (имеются/не имеются)** .

**Условия при проведении государственной итоговой аттестации и процедур допуска к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))** *(указать конкретные условия для лиц с ОВЗ без инвалидности с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в соответствии с пунктами 50 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 232/551, 59 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от 4 апреля 2023 года № 233/552):*

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

**Основания для создания специальных условий (имеются/не имеются)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Специальные условия при проведении государственной итоговой аттестации   
и процедур допуска к ней (итоговое собеседование по русскому языку, итоговое сочинение (изложение))** *(указать конкретные специальные условия с принадлежностью к конкретным оценочным процедурам, в зависимости от состояния здоровья, особенностей психофизического развития   
в соответствии с пунктами 51 порядка проведения ГИА-9, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от   
4 апреля 2023 года № 232/551, 60 порядка проведения ГИА-11, утвержденного приказом Министерства просвещения Российской Федерации и Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки от   
4 апреля 2023 года № 233/552):*

*\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Члены ПМПК:

Руководитель комиссии

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

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

С рекомендациями ознакомлен(а). Копия заключения получена.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись родителя (законного представителя) (расшифровка)*

Приложение 9 к приказу

Департамента образования и науки

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БЛАНК ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

о создании условий проведения индивидуальной профилактической работы

с обучающимся

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕКОМЕНДОВАНО:

Условия организации индивидуальной профилактической работы:

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог:

Учитель-логопед:

Социальный педагог:

Другие условия:

Руководитель комиссии

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

(расшифровка подписи)

Члены ПМПК:

Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-психиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-терапевт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-офтальмолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Врач-травматолог-ортопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Иные специалисты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Дата выдачи заключения психолого-медико-педагогической комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| подпись родителя (законного представителя) |  |  | (расшифровка подписи) |

<https://cloud.mail.ru/public/54ap/oiLgevhaY>