|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Приложение №9  к приказу Департамента  образования | | | |
|  | от | 28.02.2025 | № | 217-О |

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

(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)

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

(расшифровка подписи)

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

С рекомендациями ознакомлен (ознакомлена). Оригинал получен.

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