|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | от | 28.02.2025 | № | 217-О |

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)

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»