|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Приложение №6  к приказу Департамента  образования | | | |
|  | | от | 28.02.2025 | № | 217-О |
| 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-психиатр:  Результаты обследования ребенка:  Заключение:  14.7. Иные специалисты (указать): | |
| 14.8. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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