

ДОКУМЕНТЫ НА ПМПК

Обследование детей ПМПК осуществляется **с согласия родителей (законных представителей)**.

Родители (законные представители) ставятся в известность о необходимости предоставления в ПМПК **следующих документов:**

- заявления о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в территориальной ПМПК с согласием на обработку персональных данных родителя (законного представителя) и ребёнка;
- копии паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);
- направления образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);
- заключения психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);
- заключения ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);
- подробной выписки из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);
- характеристики обучающегося, выданной образовательной организацией (для обучающихся, воспитанников образовательных организаций);
- письменных работ обучающегося по русскому языку, математике, результатов самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (дошкольника) за текущий год (2 рисунка: 1 – рисунок семьи, 2 – любой, рисуют в детском саду полностью самостоятельно);

При прохождении ПМПК в целях содействия БМСЭ в разработке ИПРА ребёнка-инвалида дополнительно предоставляется заключение лечащего врача с подробным диагнозом.

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

Документы должны быть собраны в отдельную папку.

Запись на проведение обследования ребенка комиссией осуществляется при подаче документов.

Обследование проводится **в присутствии родителей (законных представителей)** при предъявлении документа, удостоверяющего их личность, а также документов, подтверждающих полномочия по предоставлению интересов ребёнка (постановления или распоряжения об установлении опеки).

Руководитель территориальной ПМПК

Анисимова Елена Николаевна
8(83193) 5-18-79

Место нахождения: Управление образования, по делам молодежи и спорта Сеченовского района, кабинет 12 (с. Сеченово, пл. Советская, д.4).

Секретарь территориальной ПМПК

Савина Светлана Анатольевна 8(83193) 5-15-52

Место нахождения: Управление образования, по делам молодежи и спорта Сеченовского района, кабинет 21 (с.Сеченово, пл. Советская, д.4).

Руководителю
территориальной психолого-медико-
педагогической комиссии Сеченовского района
Анисимовой Е.Н.

от _____
ФИО родителя (законного представителя) полностью

_____ документ, удостоверяющий личность

_____ выдан

Регистрация по адресу: _____

Телефон, e-mail: _____

Заявление.

Прошу провести комплексное психолого – медико – педагогическое
обследование ребёнка _____
ФИО ребёнка полностью, дата рождения

_____ регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов
соответствующего профиля или у независимых экспертов, а также запрос сведений
из других организаций.

Ознакомлен с тем, что при обследовании и в работе ПМПК применяются методики
комплексного психолого – медико – педагогического обследования.

Прошу предоставить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов
(при их наличии).

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ / _____ /
подпись с расшифровкой

Даю согласие на обработку персональных данных своих и ребёнка.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ / _____ /
подпись с расшифровкой

Даю, не даю (ненужное зачеркнуть) письменное согласие на предоставление информации о
проведении обследования моего ребёнка _____ в комиссии, результатов
обследования (протокола ПМПК), а также иной информации, связанной с обследованием моего
ребёнка _____ в комиссии, третьим лицам (за исключением случаев,
предусмотренных законодательством Российской Федерации).

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ / _____ /
подпись с расшифровкой

Выписка из медицинской карты ребенка
для проведения обследования территориальной ПМПК.

Ф.И.О. ребенка _____

Год рождения _____

Адрес _____

Особенности раннего периода развития ребенка (**подробно**), наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов), беременность и роды, развитие ребёнка в период новорождённости и раннего возраста, анамнез первых лет жизни ребёнка, информация о перенесённых заболеваниях _____

Дата _____ Подпись _____ МП _____

Результаты осмотра специалистов:

Невролог(подробный диагноз) _____

Дата _____ Подпись _____ МП _____

Оториноларинголог (подробный диагноз) _____

Дата _____ Подпись _____ МП

Хирург (ортопед) (подробный диагноз) _____

Дата _____ Подпись _____ МП

Офтальмолог (подробный диагноз) _____

Дата _____ Подпись _____ МП

Педиатр _____

Дата _____ Подпись _____ МП

Психиатр (с характеристикой из образовательной организации) _____

Дата _____ Подпись _____ МП