

## 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  
83193 5-18-79

Место нахождения: Управление образования, по делам молодежи и спорта Сеченовского района, кабинет 12 (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