**ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ ДОО,**

**ДЛЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКУЮ КОМИССИЮ ТАМБОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО ОКРУГА ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

1. Направление образовательной организации на обследование ТПМПК, заверенное печатью и подписью руководителя ДОО (в 2-х экземплярах).
2. Заявление родителей (законных представителей), включающее согласие на проведение обследования ребенка в ТПМПК.
3. Согласие родителя (законного представителя) на обработку его персональных данных. *Примечание: печать на 1 листе.*
4. Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка. *Примечание: печать с 2х сторон.*
5. Согласие родителя (законного представителя) на представление интересов ребенка в ТПМПК замещающим лицом.
6. Заверенная копия свидетельства о рождении ребенка.
7. Подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту регистрации (заверенная печатью мед. организации и подписью руководителя). *Примечание: двухсторонняя печать бланка документа. Данный документ выдается на руки родителям (законным представителям) ребенка и оформляется ими самостоятельно.*
8. Предыдущие заключения ПМПК о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);
9. Педагогическая характеристика (заверенная печатью ОО и подписью руководителя)  *Примечание: возможна вариативность заполнение документа*

*а. в свободной форме, придерживаясь перечисленных пунктов;*

*б. на установленном бланке (таблица). Двухсторонняя печать бланка документа.*

1. Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (рисунок человека).
2. Представление - характеристика психолого-педагогического консилиума на обучающегося для предоставления на ПМПК. *Примечание: заполнение документа в свободной форме, придерживаясь перечисленных пунктов. Двухсторонняя печать бланка документа.*
3. Коллегиальное заключение ППк.
4. Заключение ПМПк-консилиума: динамика коррекционной работы с детьми с нарушениями речи и предварительное обследование детей с нарушениями речи.

*Примечание: На усмотрение учителя-логопеда: можно оставить в виде 2-х документов, а можно объединить в один документ.*

1. Согласие на передачу персональных данных третьей стороне.
2. **В случае отказа от ТПМПК – заявление родителя (на установленном бланке).**
3. Журнал учета детей, прошедших обследование на ТПМПК (ехсеl).
4. Отчет по выпуску и набору детей с ОВЗ из логопункта ДОО. *Примечание: предоставляется ежегодно до 10 июня ежегодно*
5. Статистический отчет\_сдаем до 1 июня ежегодною

**В случае если на комиссию будет представлен неполный пакет документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на комиссии может быть отказано.**

Председателю территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Тамбовского муниципального округа

Тамбовской области

И.Н. Борзых

**НАПРАВЛЕНИЕ**

на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию

Тамбовского муниципального округа Тамбовской области

МАДОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(полное название организации)*

направляет:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО ребенка | Дата рождения | Адрес (**по прописке**) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

на обследование в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовский муниципальный округ Тамбовской области с целью определения форм, методов и специальных условий обучения и воспитания.

« \_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

подпись руководителя ДОО с расшифровкой

Председателю территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Тамбовского муниципального округа Тамбовской области

Борзых И.Н.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителя(законного представителя)полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность;

серия,номер;выдан кем,когда)

регистрация по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) РЕБЕНКА, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ СОГЛАСИЕ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА В ТПМПК КОМИССИИ ТАМБОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО ОКРУГА**

**ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)*

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

*(регистрация по месту жительства)*

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

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

*(адрес фактического проживания) ребенка)*

при необходимости включающее обследование у специалистов соответствующего профиля или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.) территориальной психолого-медико-педагогической комиссией с целью \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Ознакомлен(а), что в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования. Даю согласие на проведение обследования, хранение и обработку персональных данных.

Прошу предоставить мне заключение (копию) ТПМПК Тамбовского МО и особых мнений специалистов (при их наличии), где разрешаю указать шифр международной классификации болезней (МКБ-10) и/или полное, развернутое заключение моего ребенка.

« » 20 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись (законного представителя) с расшифровкой

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящим даю своё согласие на обработку в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского муниципального округа Тамбовской области своих персональных данных, к которым относятся:

* данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях:

* обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
* использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
* заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
* обеспечения личной безопасности обучающихся.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ. Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Тамбовского МО Тамбовской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Я проинформирован(а)**, что в территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Тамбовского муниципального округа Тамбовской области будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в территориальную психолого-медико-педагогической комиссию Тамбовского муниципального округа Тамбовской области письменного отзыва. Согласен/согласна с тем, что территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия Тамбовского муниципального округа Тамбовской области обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

« » 20 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись (законного представителя) с расшифровкой

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО РЕДСТАВИТЕЛЯ)**

**НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЕНКА**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность*

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выражаю согласие на проведение обследования и обработку персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*ФИО ребенка полностью в именительном падеже*

На основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного*

№ \_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ как его (ее) законный представитель настоящим даю своё согласие на обработку в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского муниципального округа Тамбовской области персональных данных ребенка, к которым относятся:

* данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт);
* данные о возрасте и поле;
* данные о гражданстве;
* данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования;
* данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций;
* ФИО родителя/законного представителя, кем приходится ребенку, адресная и контактная информация;
* сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);
* форма получения образования ребенком;
* изучение русского (родного) и иностранных языков;
* сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);
* данные психолого-педагогической характеристики;
* форма и результаты участия в ГИА;
* форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;
* отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;
* данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения);
* сведения, содержащиеся в документах воинского учета.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

Я даю согласие на использование персональных данных ребенка в целях:

* обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
* учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;
* соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;
* учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными стандартами;
* учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
* учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
* использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
* заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
* обеспечения личной безопасности обучающихся.

Настоящим подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского муниципального округа Тамбовской области будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Тамбовского муниципального округа Тамбовской области письменного отзыва.

**Согласен/согласна**, что обязан(а) прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка*

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

« » 20 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись (законного представителя) с расшифровкой

ДВУХСТОРОННЯЯ ПЕЧАТЬ!

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) РЕБЕНКА**

**НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ РЕБЕНКА** **В ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ ТАМБОВСКОГО**

**МУНИ ЦИПАЛЬНОГО ОКРУГА ТАМБОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ЗАМЕЩАЮЩИМ ЛИЦОМ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО родителя (законного представителя) полностью)*

паспортные данные: серия, номер; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, когда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю свое согласие на представление интересов моего ребенка *(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

свидетельство о рождении *(реквизиты документа) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского муниципального округа Тамбовской области и получение коллегиального заключения ТПМПК учителю-логопеду/педагогу-психологу/воспитателю (подчеркнуть) МАДОУ «Детский сад «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»:

*Ивановой А.А*., паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Петровой Н.Н*., паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_» 20 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись (законного представителя) с расшифровкой

Подпись удостоверяю

Заведующий МАДОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись руководителя ДОО с расшифровкой

Наименование медицинской организации, выдавшей медицинское заключение

Штамп с реквизитами или бланк

**ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА**

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

\_\_\_. *официальное наименование медицинской организации, адрес местонахождения*

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Акушерский анамнез матери:

а. беременность, которая по счету\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
б. чем завершились предыдущие роды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
в. как протекала беременность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
токсикоз (в какие сроки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
нефропатия (на каком месяце)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
инфекции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
травмы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Роды, которые по счету \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
а. преждевременные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
б. в срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
в. переношенные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
г. самопроизвольные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
д. со стимуляцией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
е. вспомогательные средства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
ж. стремительные роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о неонатальном развитии:  
а. когда закричал\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
б. асфиксия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
в. реанимация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
г. оценка по шкале Апгар (8-10 баллов норма) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
д. пренатальная энцефалопатия – указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
е. когда приложили к груди \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
ж. желтуха \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
з. на какие сутки выписан из роддома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности психомоторного развития ребенка 1-го года жизни (темпы психомоторного развития и др.):  
а. когда стал держать голову \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
б.когда стал ходить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
в. когда стал сидеть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
г. когда стал произносить отдельные слова, фразы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
д. время прорезывания молочных зубов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
е. соматические заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
ж. информация о перенесенных заболеваниях (инфекционные заболевания) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Оценка актуального соматического состояния ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключения врачей-специалистов с указанием основного диагноза (каждая подпись заверяется личной печатью врача-специалиста):

Педиатр \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Невропатолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хирург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отоларинголог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Офтальмолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эндокринолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоит ли на учёте (указать врача и заболевание):  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель медицинского учреждения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     
  
М.П. Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Штамп организации  **ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**  **(у каждого она своя, но можете использовать эту)**  Фамилия, имя ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дошкольное учреждение»  Группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Программа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | № | **Оцениваемый признак** | **1** | **2** | **3** | **4** | | 1. | Ребенок опрятен. Родители уделяют внимание его внешнему виду. |  |  |  |  | | 2. | Ребенка забирают из сада вовремя. |  |  |  |  | | 3. | Родители общаются с воспитателями, уделяют достаточно внимания ребенку. |  |  |  |  | | 4. | Родители интересуются жизнью группы и потребностями детского сада. |  |  |  |  | | 5. | Физически развит. |  |  |  |  | | 6. | Не устает, проявлений истощаемости не наблюдается. |  |  |  |  | | 7. | Посещает детский сад регулярно, болеет редко. |  |  |  |  | | 8. | Аппетит хороший. |  |  |  |  | | 9. | Дневной сон не нарушен, засыпает без особенностей. |  |  |  |  | | 10. | Мелкая моторика рук развита. |  |  |  |  | | 11. | Общая координация не нарушена. |  |  |  |  | | 12. | Сразу воспринимает требования воспитателя. |  |  |  |  | | 13. | Выполняет правила распорядка жизни группы. |  |  |  |  | | 14. | Уверен в себе, страхи не наблюдаются, не плачет без видимых причин. |  |  |  |  | | 15. | Двигательной и речевой расторможенности не наблюдается.  Не нуждается в контроле и многократном повторении требований взрослого. |  |  |  |  | | 16. | Предпочитает играть со сверстниками. |  |  |  |  | | 17. | Не конфликтует с детьми. |  |  |  |  | | 18. | Умеет поддержать игру (в соответствии с возрастом). |  |  |  |  | | 19. | Спокойно расстается с родителями, контактен с другими взрослыми. |  |  |  |  | | 20. | Проявляет познавательную активность. |  |  |  |  | | 21. | Сообразителен (не затрудняется в ответах на вопросы). |  |  |  |  | | 22. | Рисует хорошо (достаточно сформированы графические навыки). |  |  |  |  | | 23. | Формирование элементарных математических представлений не затруднено. |  |  |  |  | | 24. | Достаточен объем знаний об окружающем мире. |  |  |  |  | | 25. | Не путается в понятиях «Дни недели», «Времена года», «Время суток» и т.п. |  |  |  |  | | 26. | Общие социально-бытовые навыки сформированы (опрятно ест,  аккуратно одевается) |  |  |  |  | | 27. | Причинно-следственные отношения между явлениями окружающего мира  (что из чего следует) устанавливает. |  |  |  |  | | 28. | Признаков сонливости в течение дня не наблюдается. |  |  |  |  | | 29. | Темп работы на занятиях равномерный. |  |  |  |  | | 30. | Работает с интересом и внимательно. |  |  |  |  | | 31. | Способен контролировать свою деятельность. Не нуждается в постоянном контроле педагога |  |  |  |  | | 32. | Овладевает необходимым объемом знаний по:математике |  |  |  |  | | развитию речи, |  |  |  |  | | продуктивным видам |  |  |  |  | | 33. | Усидчив. Заканчивает начатое дело. |  |  |  |  | | 34. | Не мешает педагогу и/или детям на занятиях. |  |  |  |  |   Дата заполнения анкеты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Специалист ДОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись с расшифровкой  Заведующий МАДОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись руководителя ДОО с расшифровкой  М. П.  *В первой части важно указать по какой программе обучается ребенок.*  *Для характеристики ребенка группы необходимо оценить выраженность каждого признака (не пропуская ни одного) по 4-х балльной системе и поставить значок «V» в соответствующую колонку.*  *Значение «1» - показывает, что данный признак поведения (развития) отсутствует.*  *Значение «2» - показывает, что данный признак поведения (развития) выражен в минимальной степени.*  *Значение «3» - признак выражен в средней степени.*  *Значение «4» - означает, что данный признак выражен в значительной степени.*  ДВУХСТОРОННЯЯ ПЕЧАТЬ!  Штамп организации  **ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**  Педагогическая характеристика должна быть составлена объективно и грамотно.  В ней необходимо указывать:   * в каком возрасте поступил в школу, и с каким уровнем подготовки; * сколько времени находиться ребенок в данном учреждении, где обучался ранее; * по какой программе ведется обучение (с какого времени и на основании чего ребенок был переведен с общеобразовательной на другую программу обучения); * форма обучения (если обучается на дому – с какого времени); * особенности адаптации ребенка к условиям, созданным в образовательном учреждении; * успеваемость ребенка; * специфические трудности при усвоении им программного материала, характере ошибок (отдельно по математике, письму, чтению и по другим предметам); * особенности поведения на уроках (дисциплина, работоспособность, степень внимания). Следует в деталях описать те случаи, когда у ребенка выражена двигательная расторможенность, повышенная утомляемость, рассеянность и т.д.; * взаимоотношения ученика с коллективом сверстников, особенно в тех случаях, когда ребенок драчлив, агрессивен или, наоборот, пассивен. Нужно обязательно отметить, как относятся к нему другие дети. Кроме того, следует указать, какие меры коррекции применялись, и какова их эффективность (дополнительные занятия, щадящий режим и т. д.); * в случае безотметочной системы оценивания знаний учащихся (Для тех, кто в 1 классе оставался на второй год) прописывать качественную оценку усвоения программного материала учащимися (усвоил — не усвоил).   *Педагогическая характеристика для представления ребенка составляется специалистом дошкольного учреждения; подписывается составителем, руководителем образовательного учреждения, указывается дата ее составления и заверяется печатью образовательного учреждения.*  ДВУХСТОРОННЯЯ ПЕЧАТЬ!  УТВЕРЖДАЮ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. руководителя образовательной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  полное наименование образовательной организации  **Представление – характеристика**  психолого-педагогического консилиума на обучающегося  для предоставления на ПМПК **(дошкольное учреждение**) |

Ф.И.О.ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Адрес регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общие сведения:

дата поступления в образовательную организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

программа обучения (полное наименование) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

форма организации образования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. в группе (комбинированной направленности, компенсирующей направленности, общеразвивающей, присмотра и ухода, кратковременного пребывания, Лекотека и др.);
  2. в форме семейного образования;
  3. сетевая форма реализации образовательных программ;
  4. состав семьи (перечислить, с кем проживает ребенок - родственные отношения и количество детей/взрослых).

Информация об условиях и результатах образования ребенка в Учреждении:

1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент поступления в образовательную организацию: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отставал, отставал, неравномерно отставал, частично опережал).
2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития ребенка на момент подготовки характеристики: качественно в соотношении с возрастными нормами развития (значительно отстает, отстает, неравномерно отстает, частично опережает).
3. Динамика (показатели) познавательного, речевого, двигательного, коммуникативно-личностного развития (по каждой из перечисленных линий): крайне незначительная, незначительная, неравномерная, достаточная.
4. Динамика (показатели) деятельности (практической, игровой, продуктивной) за период нахождения в образовательной организации.
5. Динамика освоения программного материала:

* программа, по которой обучается ребенок (авторы или название ООП/АООП);
* соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям программы для обучающегося по программе дошкольного образования: (фактически отсутствует, крайне незначительна, невысокая, неравномерная).

6. Особенности, влияющие на результативность обучения: мотивация к обучению (фактически не проявляется, недостаточная, нестабильная), сензитивность в отношениях с педагогами в учебной деятельности (на критику обижается, дает аффективную вспышку протеста, прекращает деятельность, фактически не реагирует, другое), качество деятельности при этом (ухудшается, остается без изменений, снижается), эмоциональная напряженность при необходимости публичного ответа, контрольной работы и пр. (высокая, неравномерная, нестабильная, не выявляется), истощаемость (высокая, с очевидным снижением качества деятельности и пр., умеренная, незначительная) и др.

1. Отношение семьи к трудностям ребенка (от игнорирования до готовности к сотрудничеству), наличие других родственников или близких людей, пытающихся оказать поддержку, факты дополнительных (оплачиваемых родителями) занятий с ребенком (занятия с логопедом, дефектологом, психологом, репетиторство).
2. Получаемая коррекционно-развивающая, психолого-педагогическая помощь (конкретизировать); (занятия с учителем-логопедом, учителем-дефектологом, педагогом-психологом, воспитателем - указать длительность, т.е. когда начались/закончились занятия), регулярность посещения этих занятий, выполнение домашних заданий этих специалистов.
3. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и/или условий проведения индивидуальной профилактической работы.

Председателя ППк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

*Подпись*

М. П.

Члены ППк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.

*подпись*

1. *Для обучающегося по АООП - указать динамику в коррекции нарушений.*
2. *Представление-характеристика заверяется личной подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица), печатью образовательной организации.*
3. *Содержание представления-характеристики может быть дополнено исходя из индивидуальных особенностей обучающегося.*
4. *Примечание: двухсторонняя печать бланка документа.*

*Срок хранения документа: до достижения ребенком 18 лет*.

ДВУХСТОРОННЯЯ ПЕЧАТЬ!

НИЧЕГО НЕ УДАЛЯЕМ (ФОРМА ДОЛЖНА ОСТАТЬСЯ ТАКОЙ

(ПО ПУНКТАМ ТОЛЬУО ОПИСЫВАЕТЕ ДИНАМИКУ И ХАРАКТЕРИСТИКУ)

Штамп организации

**КОЛЛЕГИАЛЬНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА ДОО**

№ \_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Общие сведения

ФИО обучающегося:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения обучающегося: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Группа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образовательная программа:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Причина направления на ППк:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коллегиальное заключение ППк

|  |
| --- |
| *(выводы об имеющихся у ребенка трудностях (без указания диагноза) в развитии, обучении, адаптации (исходя из актуального запроса) и о мерах, необходимых для разрешения этих трудностей, включая определение видов, сроков оказания психолого-медико-педагогической помощи)* |

Рекомендации педагогам

|  |
| --- |
|  |

Рекомендации родителям

|  |
| --- |
|  |

Рекомендации ППк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель ППк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

Члены ППк: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

С решением согласен (на) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя)

С решением не согласен(на)

(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя)

СТРОКИ НИКАКИЕ НЕ УДАЛЯЕМ! ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ 2-я ПЕЧАТЬ

Председателю территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Тамбовского муниципального округа

Тамбовской области

Борзых И.Н.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**отказываюсь** от проведения комплексное психолого-медико-педагогического обследования моего ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)*

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

*(регистрация по месту жительства)*

в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Тамбовского муниципального округа Тамбовской области.

« » 20 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*подпись законного представителя ребенка с расшифровкой*

Подпись удостоверяю

Руководитель ОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

*подпись руководителя*

Председателю территориальной

психолого-медико-педагогической комиссии

Тамбовского муниципального округа Тамбовской области

Борзых И.Н.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО родителя(законного представителя)полностью)*

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

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

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

*(документ, удостоверяющий личность;*

*серия,номер;выдан кем,когда)*

регистрация по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[**СОГЛАСИЕ**](http://blanker.ru/doc/soglasie-na-peredachu-personalnykh-dannykh-tretim-litsam)

**на передачу персональных данных третьей стороне**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ законный представитель (мать/отец/другое) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, посещающегося общеобразовательную организацию:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на передачу персональных данныхсвоих и своего несовершеннолетнего **включающих:** фамилию, имя, отчество; пол; дату рождения; адрес регистрации по месту жительства; адрес фактического проживания; контактные телефоны, данные о состоянии здоровья ребенка (физического и психического), заболеваниях, поведении; данные психологического, дефектологического, логопедического обследования ребенка и т.д.; документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя); документ, подтверждающий полномочия законного представителя; данные о месте работы родителя (законного представителя) в Тамбовское областное государственное бюджетное учреждение «Центр психолого-медико-педагогической диагностики и консультирования» для их обработки и составления единой базы данных.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(расшифровка)

|  |  |
| --- | --- |
| *Наименование образовательной организации*  *Штамп с реквизитами* |  |

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**НА ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА**

**врачом психиатром**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование образовательной организации)*

направляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО ребенка, дата рождения, группа)*

на обследование врачом психиатром с целью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Документы прилагаются:**

1. Направление образовательной организации
2. Медицинское заключение по результатам осмотра для врача-психиатра (на установочном бланке)
3. Копия свидетельства о рождении ребенка.
4. Заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации.
5. Выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства.
6. Характеристика на дошкольника, выданная образовательной организацией.
7. Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (рисунок человека).

Заведующий МАДОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись, печать)*

ЗАПОЛНЯЕТСЯ И НАПРАВЛЯЕТСЯ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ПОСЛЕ ДИАГНОСТИКИ ВЫЯЛЕНЫ ПРИЗНАКИ ЗАДЕРЖКИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**СВОДНЫЙ ОТЧЕТ**

**по выпуску и набору детей с логопункта ДОО за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уч. год**

Наименование учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **отчет по детям с ОВО (имеющим заключение ПМПК)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Качественные показатели | Количественные показатели |
| 1 | Зачислено на логопункт на 20\_\_\_ - 20 \_\_\_ уч.г  (согласно заключению ПМПК) |  |
| 2 | Прибыло в ДОО с заключением ПМПК |  |
| 3 | Выбыло из ДОО |  |
| 4 | Кол-во детей на конец учебного года |  |
| 5 | Не явилось на ПМПК |  |
| 6 | Выпущено всего |  |
| 7 | Выпущено в ДОО:  речь норма …………………………………………………...  с улучшением речи …………………………………………..  Выпущено в общеобраз. школу:  речь норма …………………………………………………...  с улучшением речи …………………………………………. |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 8 | Рекомендовано продолжить коррекционную работу |  |
| 9 | Зачислено:  с продолжением коррекционной работы  (согласно заключению ПМПК) …………………………….  новый набор  (согласно заключению ПМПК) …………………………….  **Всего**  зачислено на логопункт на 20\_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_ уч.г  (согласно заключению ПМПК) |  |
|  |
|  |
| Из них детей-инвалидов ……………………………………. |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Речевое заключе  ние | ФН | ФН Диз-я (М.П.) | ФФН | ФФН Диз-я (М.П.) | ОНР (Iур.) | ОНР (IIур.) | ОНР (IIIур.) | Заикание | Ринолалия | Др. речевые нарушения |
| зачислено на логопункт на 20\_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_ уч.г. согласно заключению ПМПК | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| выпущено на конец учебного года согласно заключению ПМПК  (дети нового набора не учитываются) | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Соотнесение по возрасту**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Всего воспитанников в ДОУ | Всего воспитанников, прошедших обследование ТПМПК | возраст | Всего девочек | Повторно девочки | Первично девочки | Всего мальчиков | Повторно мальчики | Первично мальчики |
|  |  | 3 года |  |  |  |  |  |  |
| 4 года |  |  |  |  |  |  |
| 5 лет |  |  |  |  |  |  |
| 6 лет |  |  |  |  |  |  |
| 7 лет |  |  |  |  |  |  |
| 8 лет |  |  |  |  |  |  |
| **Всего** |  |  |  |  |  |  |

* 1. **отчет по детям, зачисленных на логопункт ДОО по заключению ППк ДОО (не имеющим заключение ПМПК)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Качественные показатели | Количественные показатели |
| 1 | Зачислено на логопункт на 20\_\_\_ - 20 \_\_\_ уч.г  (согласно заключению ППк) |  |
| Из них детей-инвалидов ……………………………………. |  |

* 1. **отчет по детям-инвалидам, зачисленных на логопункт ДОО**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Качественные показатели | Количественные показатели |
| 1 | Зачислено на логопункт на 20\_\_\_ - 20 \_\_\_ уч.г |  |

Учитель-логопед ДОО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись с расшифровкой

Подпись руководителя учреждения

М.П.

**ОТЧЕТ СДАЕТСЯ ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЙ! ДО 10 ИЮНЯ**