

## Психолого-медико-педагогическая комиссия

Психолого-медико-педагогическая комиссия работает в двух направлениях:

- обследует детей,
- даёт рекомендации по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и созданию для них условий в образовательных организациях.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

#### ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

№ \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

о создании специальных условий для получения образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью в образовательной организации

Ф. И. О. ребенка:

\_\_\_\_\_

Дата рождения:

\_\_\_\_\_

1. Образовательная программа: \_\_\_\_\_
2. Уровень образования: \_\_\_\_\_
3. Срок реализации программы: \_\_\_\_\_
4. Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и

дистанционных образовательных технологий: \_\_\_\_\_

требуется/не требуется

1. Предоставление услуг ассистента (помощника): \_\_\_\_\_

требуется/не требуется

1. Специальные методы обучения: \_\_\_\_\_
2. Специальные учебники: \_\_\_\_\_
3. Специальные учебные пособия: \_\_\_\_\_

4. Специальные технические средства обучения: \_\_\_\_\_
5. Требование к организации пространства: \_\_\_\_\_

требуется/не требуется

1. Направления коррекционной работы в образовательной организации: \_\_\_\_\_
2. Педагог-психолог: \_\_\_\_\_
3. Учитель-логопед: \_\_\_\_\_
4. Учитель-дефектолог: \_\_\_\_\_
5. Социальный педагог: \_\_\_\_\_
6. Тьютор: \_\_\_\_\_
7. Другие специальные условия: \_\_\_\_\_

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций:

\_\_\_\_\_

(при переходе с одного уровня образования на следующий)

Срок проведения обследования с целью \_\_\_\_\_ ранее данных комиссией

уточнения/изменения

Руководитель ПМПК \_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О.)

Педагог-психолог \_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О.)

Учитель-логопед \_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О.)

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О.)

Социальный педагог \_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О.)

Претензий к процедуре обследования не имею.

\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О. родителя (законного представителя))

## Направление ДОУ

Обследование детей, в том числе обучающихся с ОВЗ, детей-инвалидов осуществляется по направлению ДОУ с письменного согласия их родителей (законных представителей).

\_\_\_\_\_

(Наименование образовательной организации)

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя или законного представителя ребенка)

адрес: \_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_ факс: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Согласие

родителей (законных представителей) на проведение обследования ребенка

Я, являясь законным представителем

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года рождения, обучающегося в

\_\_\_\_\_

наименование ОО)

не возражаю против обследования ребенка для получения заключения территориальной ПМПК с рекомендацией обучения ребенка в образовательной организации в соответствии с его особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_

(Подпись )