**Направление на ТПМПК**

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

(официальное название учреждения, ведомственная принадлежность)

**направляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(Ф.И.О. ребёнка, возраст, адрес)

**на обследование ПМПК в связи с** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются конкретные показания к направлению ребёнка на ПМПК)

**Приложение** (перечень документов):

1. Копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка;
2. Характеристика из общеобразовательного учреждения, с указанием сроков и программы обучения, заверенная печатью и подписью руководителя
3. Табель успеваемости, заверенный печатью и подписью руководителя
4. Выписка из истории развития с заключениями врачей (педиатра, отоларинголога (при нарушенном слухе - аудиограмма), офтальмолога (с указанием остроты зрения в очках и без), невролога, психиатра (заключение по МКБ-10), а так же других врачей, у которых учащийся находится на диспансерном учёте: ортопеда, хирурга, фтизиатра и др.)
5. Заключения специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение (при наличии)
6. Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.
7. Справка МСЭ об инвалидности (если ребенок инвалид), Индивидуальная программа развития ребенка-инвалида

Родители/законные представители предъявляют в ПМПК свой паспорт, амбулаторную карту ребенка, рабочие тетради учащегося по основным предметам (желательно с контрольными работами). Для прохождения ПМПК родители заполняют заявление и согласие на обработку персональных данных

**Печать учреждения**

**Подпись руководителя учреждения**

РуководителюТПМПК

(полное название образовательной организации с указанием адреса, телефона, электронной почты)

Заявка

на выездную ПМПК

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Фамилия, имя, отчество ребенка | Дата рождения  ребенка | Заключения медицинских специалистов  (при наличии) | Предварительное заключение  ПМПк  №\_\_дата\_\_первичного обследования ПМПК |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

М.П. Директор ОО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

**Примерная форма педагогической характеристики на ребенка школьного возраста, направляемого для обследования в ТПМПК**

**полное наименование образовательного учреждения (по уставу) с реквизитами учреждения**

1. Общие сведения о ребенке:
   1. Ф.И.О.
   2. Дата рождения, возраст
   3. Место проживания
   4. Класс, программа обучения
2. Причина (цель) обращения на ПМПК (трудности в обучении, общении, нарушение поведения и др.)
3. Общие сведения о семье и условиях жизни ребенка:
   1. Ф.И.О. отца, год рождения, место работы, должность
   2. Ф.И.О. матери, год рождения, место работы, должность (или аналогичная информация о законных представителях ребенка)
   3. Состав семьи (полная, неполная, многодетная, наличие братьев, сестер, другие члены семьи)
   4. Характер внутрисемейных отношений
   5. Кто занимается воспитанием ребенка
   6. Взаимодействие семьи и школы (характер контакта, формы работы школы с семьей)
   7. Степень помощи родителей ребенку в учебе
4. Школьный анамнез:
   1. какие дошкольные учреждения посещал
   2. с какого возраста начал школьное обучение и по какой программе
   3. дублировал ли программу классов (если – да, по какой причине: болезнь, необоснованные пропуски занятий, трудности в усвоении программы, др.)
   4. обучался ли по индивидуальной программе
   5. с какого времени обучается в образовательном учреждении

6. Усвоение образовательных программ:

6.1. по математике

6.2. по русскому языку

6.3. по литературному чтению

6.4. по другим предметам

1. Характеристика обучаемости:
   1. Затруднения, возникающие при усвоении учебного материала
   2. Чем, по мнению педагогов, вызваны затруднения в обучении (особенностями внимания, памяти, работоспособности, темпа учебной деятельности и др.)
   3. Степень оказания учителем помощи при выполнении тех или иных учебных заданий
   4. Уровень восприятия ребенком предлагаемой помощи
2. Отношение к учебе, мотивация учения
3. Особенности личности и взаимоотношения со сверстниками и педагогами
4. Выполнение школьного режима и правил поведения
5. Участие в общественной жизни школы
6. Доминирующие увлечения и интересы
7. Мероприятия, проведенные в целях повышения его успеваемости (индивидуальная помощь, лечение и др.)
8. Общие выводы и впечатления о ребенке

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Директор школы | |  | | / |  | | |
|  | | *подпись* | | |  | *расшифровка подписи* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Классный уководитель |  | / |  |
|  | *подпись* |  | *расшифровка подписи* |

**Заявление на проведение ТПМПК обследования ребенка**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Руководителю Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии по Кемеровскому городскому округу | |
|  |  | |
|  | От | |
|  | Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | регистрация по адресу: | |
|  |  | |
|  | Конт.тел. |  | |

Заявление

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка ,

(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

,

Регистрация по месту жительства (фактическое проживание ребенка)

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-педагогической и медико-социальной помощи или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен с тем, что при предварительном обследовании и в работе ТПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2017 год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***подпись (расшифровка подписи***

**Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка**

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

(ФИО родителя/ законного представителя)

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

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

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

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

(паспортные данные, адрес, телефон)

данные ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

На основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного)

как его (ее) законный представитель настоящим даю свое согласие на обработку Территориальной психолого-медико-педагогической комиссией по Кемеровскому городскому округу 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 осуществляются 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;

- соблюдению 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;

- использование 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;

- заполнение 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 отчетов 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. Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия по Кемеровскому городскому округу гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия по Кемеровскому городскому округу будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ТПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в Территориальную психолого-медико-педагогической комиссию по Кемеровскому городскому округу письменного отзыва.

Согласен/ согласна, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия по Кемеровскому городскому округу обязана 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.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя)**

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

(ФИО родителя/ законного представителя)

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

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

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

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

(паспортные данные, адрес, телефон)

данные ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

настоящим даю свое согласие на обработку в Территориальную психолого-медико-педагогической комиссию по Кемеровскому городскому округу своих персональных данных, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность (паспорт);

- данные о возрасте и поле;

- адресная и контактная информация;

- сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/ удочерении.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляются 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;

- использование 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;

- заполнение 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 отчетов 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 Российской Федерации. Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия по Кемеровскому городскому округу гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия по Кемеровскому городскому округу будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ТПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в Территориальную психолого-медико-педагогической комиссию по Кемеровскому городскому округу письменного отзыва.

Согласен/ согласна с тем, что Территориальная психолого-медико-педагогической комиссия по Кемеровскому городскому округу обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

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

(Фамилия, имя, отчество гражданина)

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

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/