

«СОГЛАСОВАНО»

Главный врач
ГБУЗ Московской области
«Королёвская больница»


Э.М.Шилиянский
«22» мая 2024 г.

«УТВЕРЖДЕНО»

приказом Комитета
образования Администрации
городского округа Королёв
Московской области

№ 276а

Н.В.Гусарова
«22» мая 2024 г.

ПОРЯДОК

организации деятельности Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии
городского округа Королёв Московской области

І. Общие положения

1. Порядок организации деятельности Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Королёв Московской области (далее – Порядок) регламентирует деятельность Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Королёв Московской области (далее – ТПМПК).
2. ТПМПК создаётся Комитетом образования Администрации городского округа Королёв Московской области (далее – Комитет образования), и осуществляет свою деятельность в пределах территории городского округа Королёв Московской области. ТПМПК является межведомственной, нештатной, постоянно действующей.
3. ТПМПК в своей деятельности руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов детей, федеральными законами от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации, Положением о психолого-медико-педагогической комиссии, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (далее – Положение), распоряжением Министерства образования Московской области от 06.10.2021 № Р-632 и Порядком организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий на территории Московской области, утверждённым распоряжением министерства образования Московской области № Р-342 от 09.04.2024 года, другими нормативными правовыми актами Московской области и настоящим Порядком.
4. ТПМПК создается в целях своевременного выявления детей и лиц старше 18 лет с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее – обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.
5. ТПМПК возглавляет руководитель. В период отсутствия руководителя, исполнение его обязанностей возлагается на заместителя руководителя.
6. В состав ТПМПК входят: педагоги-психологи, учителя-дефектологи (в том числе олигофренопедагоги, тифлопедагог, сурдопедагог), учителя-логопеды, социальный педагог, педиатры, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, детские психиатры,

представители Комитета образования и начальник отдела по делам несовершеннолетних и защите их прав.

Включение врачей в состав ТПМПК осуществляется по согласованию с Главным врачом государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Королёвская больница».

7. Состав и порядок работы ТПМПК ежегодно утверждаются приказом Комитета образования.

8. Информация об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы ТПМПК размещается на информационных ресурсах Комитета образования, Муниципального бюджетного учреждения дополнительного профессионального образования городского округа Королёв Московской области «Учебно-методический образовательный центр» в сети «Интернет» (далее – МБУ ДПО «УМОЦ») в информационно-коммуникационной сети «Интернет» (далее – сеть «Интернет»).

9. Обследование детей и лиц старше 18 лет осуществляется с соблюдением принципов гуманного отношения, обеспечения защиты их прав и сохранения профессиональной тайны. Информация о проведении обследования в ТПМПК, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием в ТПМПК, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации третьим лицам осуществляется только с письменного согласия родителей (законных представителей) детей, лиц старше 18 лет, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Руководитель и члены ТПМПК подписывают «Обязательство о неразглашении персональных данных» (приложение 1 к настоящему Порядку).

10. Комитет образования создаёт условия для функционирования ТПМПК.

II. Основные направления деятельности и права ТПМПК

11. Основными направлениями деятельности ТПМПК являются:

- проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет, лиц старше 18 лет в рамках соблюдения права на получение образования и в целях своевременного выявления особых образовательных потребностей и (или) потребностей в организации индивидуальной профилактической работы, обусловленных нарушениями в физическом, психическом, интеллектуальном, сенсорном развитии, и (или) потребностей в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего (среднего общего) образования (далее – ГИА);
- подготовка по результатам обследования рекомендаций по созданию условий получения ранней комплексной помощи; по созданию специальных условий для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья; по созданию специальных условий проведения ГИА; по организации специального педагогического подхода или индивидуальной профилактической работы с обучающимися с девиантным (делинквентным) поведением; по оказанию психолого-педагогической помощи обучающимся, испытывающим трудности в обучении, развитии и социальной адаптации;
- подтверждение, уточнение или изменение ранее выданных ТПМПК рекомендаций;
- оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, обучающимся старше 18 лет, работникам образовательных организаций Московской области, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей и лиц старше 18 лет с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

- оказание детям, самостоятельно обратившимся в ТПМПК, консультативной помощи по вопросам оказания психолого-педагогической помощи детям, в том числе информации об их правах;
- оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;
- осуществление учета данных о детях (лицах старше 18 лет в рамках соблюдения права на получение образования) с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, прошедших ТПМПК, с использованием электронного документооборота;
- участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;
- взаимодействие с психолого-педагогическими консилиумами образовательных организаций городского округа Королёв (далее – образовательные организации).

12. ТПМПК, кроме установленных пунктом 11 настоящего Порядка основных направлений деятельности, в случае необходимости направляет ребенка или лицо, достигшее 18 лет, для проведения обследования в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Московской области (далее - ЦПМПК).

13. ТПМПК имеет право:

- запрашивать у органов исполнительной власти, правоохранительных органов, организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;
- осуществлять мониторинг учета рекомендаций ТПМПК по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях, в семье (с согласия родителей (законных представителей), а также мониторинг учета рекомендаций ТПМПК по созданию необходимых условий обучения лиц старше 18 лет;
- вносить в Комитет образования предложения по вопросам совершенствования деятельности ТПМПК.

III. Организация деятельности и порядок приема ТПМПК

14. Комитет образования обеспечивает ТПМПК необходимыми помещениями, оборудованием, компьютерной и оргтехникой, автотранспортом для организации деятельности.

15. График работы ТПМПК утверждается ежегодно приказом Комитета образования.

16. Обследование проводится с использованием дистанционных технологий или очно в помещениях, где размещается ТПМПК.

17. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания, обучения или лечения, если обследование не может быть проведено в дистанционном режиме по медицинским показаниям и обследуемый не может прибыть в помещения, где размещается ТПМПК.

18. ТПМПК ведет документацию в электронном виде и/или на бумажном носителе.

19. ТПМПК ведется следующая документация :

- журнал записи на обследование детей и лиц старше 18 лет (в электронном виде);
- журнал учета детей и лиц старше 18 лет, прошедших обследование (на бумажном носителе и в электронном виде);
- журнал учета заключений, выданных ТПМПК;
- карта лица, прошедшего обследование (на бумажном носителе);
- протокол обследования ребенка или лица старше 18 лет (на бумажном носителе и (или) в электронном виде).

20. ТПМПК имеет печать и бланки со своим наименованием.
21. Обследование и (или) консультирование специалистами проводится бесплатно.
22. Прием заявлений на получение заключений ТПМПК или проведение консультирования осуществляется посредством государственной информационной системы Московской области «Портал государственных и муниципальных услуг (функций) Московской области», расположенной в сети «Интернет» по адресу: uslugi.mosreg.ru (далее – Портал). Прием заявлений на Портале осуществляется в срок до 7 рабочих дней.

К заявлению прикладываются документы, предусмотренные пунктом 23 настоящего Порядка (кроме паспорта гражданина Российской Федерации и свидетельства о рождении ребенка). В случае прохождения комиссии с целью получения рекомендаций о нуждаемости в создании специальных условий государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования необходимо дополнительно прикрепить комплект документов, предусмотренных пунктом 24 настоящего Порядка.

23. Для проведения обследования ребенка или лица старше 18 лет непосредственно в комиссию заявитель предоставляет следующие документы:

- заявление о проведении обследования в комиссии в очном (приложение 2 к настоящему Порядку)/ дистанционном (приложение 3 к настоящему Порядку) формате;
- свидетельство о рождении ребенка – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;
- паспорт гражданина Российской Федерации ребенка (при наличии, для ребенка старше 14 лет) – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;
- документ, удостоверяющий личность родителя (законного представителя): (паспорт гражданина Российской Федерации, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, паспорт иностранного гражданина (с переводом)) – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;
- документ, подтверждающий полномочия по представлению интересов ребенка – копия с предъявлением оригинала или заверенная в установленном порядке копия;
- выписка из истории развития ребенка из медицинской организации по месту жительства (регистрации) – оригинал;
- заключение (заключения) врача, наблюдающего ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации) - оригинал;
- заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования (при наличии) – копия;
- заключение (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) – копия;
- справка бюро медико-социальной экспертизы и индивидуальная программа реабилитации или абилитации (при наличии, для детей-инвалидов, инвалидов старше 18 лет) – копии с предъявлением оригиналов или заверенные в установленном порядке;
- направление образовательной организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации (при наличии) – оригинал;
- характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций), – оригинал;
- копии письменных работ по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка, заверенные в установленном порядке.

24. Для прохождения ТПМПК с целью получения рекомендаций о нуждаемости в создании специальных условий государственной итоговой аттестации по образовательным программам

основного общего или среднего общего образования, кроме указанных в пункте 22 настоящего Порядка документов необходимо дополнительно предоставить:

- медицинское заключение врачебной комиссии по месту жительства (регистрации) ребенка или лица старше 18 лет о состоянии здоровья и рекомендациях по организации образовательного процесса, с рекомендациями о создании специальных условий при сдаче ГИА в текущем учебном году - оригинал;
- медицинское заключение врачебной комиссии по месту жительства (регистрации) ребенка или лица старше 18 лет о состоянии здоровья и рекомендациях по организации образовательного процесса, с рекомендациями о создании специальных условий при сдаче ГИА на дому (в медицинской организации) в текущем учебном году (при наличии) - оригинал;
- медицинское заключение врачебной комиссии с рекомендациями об обучении на дому (при наличии) – копия, заверенные в установленном порядке;
- приказ о переводе на обучение на дому/организации обучения в медицинской организации (при наличии) – копия, заверенная в установленном порядке.

25. При необходимости ТПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций, лица старше 18 лет дополнительную информацию.

В отношении ребенка дополнительная информация запрашивается также у родителей (законных представителей).

26. Обследование комиссией возможно только при подаче полного комплекта документов. Информирование родителей (законных представителей) или лица старше 18 лет, обратившихся в комиссию с заявлением о проведении обследования, о дате, времени и месте проведения обследования осуществляется комиссией в 5-дневный срок.

27. В день проведения обследования родитель (законный представитель) или лицо старше 18 лет подписывает согласие на обработку персональных данных по формам согласно приложениям 4 - 6 к настоящему Порядку.

28. Обследование ТПМПК детей проводится в присутствии родителей (законных представителей).

29. Обследование проводится каждым специалистом ТПМПК индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов ТПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей обследуемого.

30. В ходе обследования ребенка или лица старше 18 лет ТПМПК оформляется протокол (приложение 7 к настоящему Порядку), в котором указываются сведения об обследуемом, специалистах ТПМПК, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и заключение ТПМПК.

31. По результатам обследования ТПМПК формирует заключение в электронном виде, которое содержит рекомендации о необходимом психолого- педагогическом сопровождении и создании специальных условий получения образования (приложения 8-14 к настоящему Порядку).

32. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения ТПМПК производится в отсутствие детей.

33. Протокол и заключение ТПМПК оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами ТПМПК, проводившими обследование, и руководителем ТПМПК (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью ТПМПК.

В случае необходимости срок оформления протокола и заключения ТПМПК продлевается, но не более чем 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

34. Копия заключения ТПМПК и копии особых мнений специалистов (при их наличии) (приложение 15 к настоящему Порядку) по согласованию с родителями (законными представителями) детей, либо лицами старше 18 лет выдаются им под подпись или направляются по почте с уведомлением о вручении.

35. При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

36. В случае принятия решения ТПМПК о необходимости запроса у соответствующих органов и организаций, лица старше 18 лет дополнительной информации или у родителей (законных представителей) дополнительной информации о ребенке, родитель (законный представитель) несовершеннолетнего или совершеннолетнее лицо, обследуемое ТПМПК, информируется о необходимости запроса дополнительной информации.

37. Родители (законные представители) ребенка или лицо старше 18 лет, прошедшее обследование, в случае несогласия с заключением ТПМПК вправе его обжаловать в ЦПМПК.

38. Заключение ТПМПК для родителей (законных представителей) детей и лиц старше 18 лет, прошедших комиссию, носит рекомендательный характер.

39. Представленное родителями (законными представителями) детей, лицами старше 18 лет заключение ТПМПК является основанием для создания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление в сфере образования, и муниципальными органами управления образованием, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией, рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей и лиц старше 18 лет.

Заключение ТПМПК действительно для представления в указанные органы, организации в течение одного календарного года с даты его подписания.

Срок хранения документации ребенка, прошедшего обследование на комиссии – 10 лет после достижения ребенком возраста 18 лет.

Приложение 1

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____ паспорт серия _____ № _____,
выданный _____

Понимаю, что являясь специалистом территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Королёв Московской области (далее – ТПМПК) получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся в ТПМПК; во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся в ТПМПК.

Понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся в ТПМПК, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающихся в ТПМПК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся в ТПМПК, а также информацию об этих лицах:

- анкетные и биографические данные;
- состав семьи;
- паспортные данные;
- социальные льготы;
- специальность;
- занимаемая должность;
- наличие судимостей;
- адрес места жительства, номера домашнего и/или мобильного номеров телефонов, электронный адрес;
- место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребенка и/или обратившегося лица;
- состояния здоровья ребенка;
- актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;
- заключение специалистов ТПМПК;
- рекомендации, полученные по результатам обращения в ТПМПК;
- иная информация, относящаяся к категории персональных данных или информации ограниченного доступа.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц в ТПМПК. Я предупрежден (а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся в ТПМПК, я несу ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Дата _____

Подпись _____ / _____ /

Приложение 2

Руководителю территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
городского округа Королёв Московской
области

ФИО руководителя

от _____

ФИО родителя (законного представителя) полностью

документ, удостоверяющий личность

выдан

адрес регистрации:

телефон: +7 (_____) _____

e-mail: _____ @ _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование

ФИО ребёнка (полностью), лица старше 18 лет, дата рождения

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка, лица старше 18 лет

с целью (отметить необходимое):

- получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий получения образования
- получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий ГИА
- консультирование

и предоставить мне копию заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Королёв Московской области (далее – ТПМПК) и особых мнений специалистов (при их наличии).

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

« _____ » _____ 20__ г.

подпись заявителя ФИО

Приложение 3

Руководителю территориальной
психолого-медико-педагогической комиссии
городского округа Королёв Московской
области

ФИО руководителя

от _____

ФИО родителя (законного представителя) полностью

документ, удостоверяющий личность

выдан

адрес регистрации:

телефон: +7 (_____) _____

e-mail: _____ @ _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование в
дистанционном онлайн режиме

ФИО ребёнка (полностью), лица старше 18 лет дата рождения

регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребёнка

с целью (отметить необходимое):

- получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий получения образования;
- получения заключения о нуждаемости в создании специальных условий ГИА;
- консультирование

и предоставить мне копию заключения территориальной психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Королёв Московской области (далее – ТПМПК) и особых мнений специалистов (при их наличии).

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

« _____ » _____ 20__ г.

подпись заявителя ФИО

Приложение 4

СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)
НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЁНКА

Я, _____
ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность
 проживающий по адресу: _____
 паспорт: серия _____ № _____, выданный _____,
 _____,
 телефон, e-mail _____
 данные ребёнка _____
 ФИО ребенка полностью в именительном падеже _____
 На основании _____
 свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является _____
 _____ № _____ от _____
 законным представителем подопечного как его (её) законный представитель настоящим даю своё согласие на обработку в территориальной-психолого-медико-педагогической комиссии городского округа Королёв Московской области по адресу: 141070, Московская область, г.Королев, ул. Грабина, д.2а (далее – ТПМПК) персональных данных ребёнка, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность ребёнка (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 ребёнку, 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 (ребёнок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребёнок-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.

Я даю согласие на обработку персональных данных ребенка в целях:

- 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 образовательными стандартами;
- учёта обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
- учёта данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
- использования 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, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

ТПМПК гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка в ТПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в ТПМПК письменного отзыва.

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

Я, _____
фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребёнка

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

Дата _____

Подпись _____ / _____ /

Приложение 5
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 городского округа Королёв Московской области по адресу: 141070, Московская область, г.Королёв, ул. Грабина, д.2а (далее – ТПМПК) 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 в отношении ребенка.

Я даю согласие на обработку персональных данных в целях:

- использования 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, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

ТПМПК гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что ТПМПК будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка в ТПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в ТПМПК письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что ТПМПК 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 _____ / _____ /

Приложение 6

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

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 городского округа Королёв Московской области по адресу: 141070, Московская область, г.Королев, ул. Грабина, д.2а (далее – ТПМПК) 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.

Я даю согласие на обработку персональных данных в целях:

- использования 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, обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

ТПМПК гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(а), что ТПМПК 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 путём направления в ТПМПК письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что ТПМПК 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 _____ / _____ /

Приложение 7

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ

от _____ № _____

ФИО обследуемого _____
 Дата рождения _____
 Возраст на момент обследования _____
 Пол обследуемого: муж/жен _____
 Место проведения обследования:
 в помещениях, закрепленных за ТПМПК/по месту проживания обследуемого/в образовательной организации/ в медицинской организации/ в организации социальной защиты/в иной организации/ дистанционно.
 Прием: первичный/ повторный _____
 Наличие инвалидности: да/ нет _____
 Инициатор обращения в ТПМПК:
 родители (законные представители)/ организация осуществляющая образовательную деятельность/организация здравоохранения/органы (организации) опеки/ органы (организации) социальной защиты/ бюро МСЭ/ иная организация (указать какая)/ самостоятельно.
 Состав/статус семьи _____
 Для детей, оставшихся без попечения родителей и детей-сирот: возмездная опека (кроме организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей)/ безвозмездная опека/ полное государственное обеспечение (организация для детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей/ психоневрологический интернат).
 Адрес регистрации (проживания) обследуемого _____

ФИО родителя (законного представителя) _____

Телефон _____

Перечень документов, представленных на ТПМПК:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Свидетельство о рождении, | <input type="checkbox"/> заявление на проведение обследования, |
| <input type="checkbox"/> паспорт родителя (законного представителя), | <input type="checkbox"/> выписка из истории развития, |
| <input type="checkbox"/> предыдущее заключение ТПМПК/ЦПМПК, | <input type="checkbox"/> характеристика, представление ППк ОО, |
| <input type="checkbox"/> Справка МСЭ, | <input type="checkbox"/> Согласие на обработку персональных данных, |
| <input type="checkbox"/> ИПРА, | <input type="checkbox"/> медицинское заключение, |
| <input type="checkbox"/> иное | |

Сведения об образовании: _____

Наименование образовательной организации _____

Посещал/не посещал/посещает в настоящее время _____

Уровень образования:

дошкольное/ начальное общее/ основное общее /среднее общее/ профессиональное обучение/ среднее профессиональное.

Группа/ класс/ курс: _____

Образовательная программа _____

Реализация образовательной программы с применением дистанционных технологий: да/нет _____

Организация обучения: _____

в образовательной организации/ на дому/ в санаторной образовательной организации/ в медицинской организации/ семейное образование.

Заключения специалистов ТПМПК:

Педагог-психолог _____

Учитель-логопед _____

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог) _____

Социальный педагог _____

Коллегиальное заключение (выводы) ТПМПК:

нуждается/не нуждается: в ранней комплексной помощи/в создании специальных условий /в создании специальных условий при проведении ГИА по образовательным программам основного общего/ среднего общего образования/в организации специального педагогического подхода (индивидуальной профилактической работы)/ в психолого-педагогической помощи.

нуждается в дополнительном обследовании _____

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа _____

Уровень образования _____

Реализация программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий: _____

Предоставление услуг ассистента (помощника): _____

Специальные методы обучения: _____

Специальные учебники: _____

Специальные учебные пособия: _____

Организация пространства: _____

Тьюторское сопровождение обучающихся: _____

Направления коррекционной работы: _____

Педагог-психолог _____

Учитель-логопед _____

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог) _____

Социальный педагог _____

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных рекомендаций: _____

Особое мнение специалистов ТПМПК: _____

Иные рекомендации ТПМПК: _____

Руководитель ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

Члены ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

МП

Приложение 8

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

№ _____ от _____

ФИО обследуемого _____

Дата рождения _____

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа _____

Вариант и срок реализации программы _____

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий _____

Предоставление услуг ассистента (помощника) _____

Специальные методы обучения _____

Специальные учебники _____

Специальные учебные пособия _____

Специальные технические средства обучения _____

Организация пространства _____

Тьюторское сопровождение _____

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог _____

Учитель-логопед _____

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог/тифлопедагог/сурдопедагог) _____

Социальный педагог _____

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций: _____

Руководитель ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

Члены ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

МП

Приложение 9

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи и организации специального педагогического подхода к обучающемуся с девиантным поведением, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

№ _____ от _____

ФИО обследуемого _____

Дата рождения _____

Образовательная программа _____

Уровень образования _____

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий _____

Направления коррекционной работы: _____

Педагог-психолог _____

Учитель-логопед _____

Социальный педагог _____

Руководитель ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

Члены ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

МП

Приложение 10

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о предоставлении психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

№ _____ от _____

ФИО обследуемого _____

Дата рождения _____

Образовательная программа _____

Уровень образования _____

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий _____

Направления коррекционной работы:

Педагог-психолог _____

Учитель-логопед _____

Социальный педагог _____

Руководитель ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

Члены ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

МП

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о создании специальных условий для получения образования обучающемуся
с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью
(на уровень среднего профессионального образования, высшего
профессионального образования,
основную программу профессионального обучения)

№ _____ от _____

ФИО обследуемого _____

Дата рождения _____

Предоставление специальных условий образования обучающемуся с ограниченными возможностями здоровья:

Образовательная программа _____

Психолого-педагогическое сопровождение:

Педагог-психолог _____

Социальный педагог _____

Срок проведения обследования с целью подтверждения ранее данных комиссией рекомендаций: _____

Руководитель ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

Члены ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

МП

Приложение 12

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

№ _____ от _____

ФИО обследуемого _____

Дата рождения _____

Образовательная программа _____

Уровень образования: _____

Реализация образовательной программы с применением электронного обучения и
дистанционных образовательных технологий _____Не нуждается в создании специальных условий для получения образования обучающемуся
с ограниченными возможностями здоровья, инвалидностью.Руководитель ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИОЧлены ТПМПК _____ / _____
(подпись) ФИО

МП

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о создании условий при проведении ГИА-9
от _____ № _____

ФИО обследуемого: _____
 Дата рождения: _____
 Наименование образовательной организации: _____
 Класс: _____
 Заключение ТПМПК (нужное подчеркнуть):
 Не нуждается в создании специальных условий при проведении ГИА;
 Нуждается в создании специальных условий при проведении итогового собеседования по русскому языку.
 Нуждается в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования;
 Обучающийся с ОВЗ: нет/да
 на основании Заключения ПМПК (наименование) _____
 № _____ от _____ г.
 Обучающийся, имеющий инвалидность: нет/да,
 на основании справки МСЭ № _____ от _____ г. на срок до _____ г.
 Обучающийся на дому: нет/да,
 на основании медицинского заключения _____ № _____ от _____ г.
 название медицинской организации _____
 Обучающийся в медицинской организации: нет/да,
 на основании медицинского заключения № _____ от _____ г.
 название медицинской организации _____
 Обучающийся, нуждающийся в создании условий по медицинским показаниям на основании медицинского заключения № _____ от _____ г.
 наименование медицинской организации _____
 Основание для выбора обучающимся формы ГИА: имеется, не имеется.
 Основание для сокращения количества экзаменов до 2-х обязательных: имеется/ не имеется.
 Категория ЭМ (ГВЭ): Русский язык: _____ Математика: _____
 Продолжительность экзамена, допуска к экзамену: _____
 Требование к оформлению КИМ: _____
 Требования к рабочему месту: _____
 Ассистент: _____
 Оформление работы: _____
 Организация ППЭ: на базе ОО / на дому / на базе медицинской организации _____
 Индивидуальная система оценивания итогового собеседования по русскому языку:
 нуждается/не нуждается.
 Медицинское сопровождение: _____
 Руководитель ТПМПК _____ / _____
 (подпись) ФИО
 Члены ТПМПК _____ / _____
 (подпись) ФИО

МП

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

о создании условий при проведении ГИА-11
от _____ № _____

ФИО обследуемого: _____

Дата рождения: _____

Наименование образовательной организации: _____

Класс: _____

Заключение ПМПК (нужное подчеркнуть):

Не нуждается в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации, итогового собеседования / сочинения (изложения);

Нуждается в создании специальных условий при проведении итогового сочинения (изложения),

Нуждается в создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования.

Обучающийся с ОВЗ: нет/да

на основании Заключения ПМПК (наименование) _____

№ _____ от _____ г.

Обучающийся, имеющий инвалидность: нет/да,

на основании справки МСЭ № _____ от _____ г. на срок до _____ г.

Обучающийся на дому: нет/да,

на основании медицинского заключения _____ № _____ от _____ г.

название медицинской организации _____

Обучающийся в медицинской организации: нет/да,

на основании медицинского заключения № _____ от _____ г.

название медицинской организации _____

Обучающийся, нуждающийся в создании условий по медицинским показаниям

на основании медицинского заключения № _____ от _____ г.

наименование медицинской организации _____

Основание для выбора обучающимся формы ГИА: имеется, не имеется.

Категория ЭМ (ГВЭ): Русский язык: _____ Математика: _____

Продолжительность экзамена, допуска к экзамену: _____

Требование к оформлению КИМ: _____

Требования к рабочему месту: _____

Ассистент: _____

Оформление работы: _____

Организация ППЭ: на базе ОО / на дому / на базе медицинской организации _____

Медицинское сопровождение: _____

Руководитель ТПМПК _____

/ _____
(подпись) ФИО

Члены ТПМПК _____

/ _____
(подпись) ФИО

МП

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия
городского округа Королёв Московской области
141071, г.о. Королёв Московской области, ул. Грабина, д. 2-а
телефон (495) 516-53-93, e-mail: ymos@mail.ru**

ОСОБОЕ МНЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА

Выписка из протокола № _____ от _____ 20__ г.

ФИО обследуемого: _____

Дата рождения: _____

Специалисты ТПМПК: _____ / _____

_____ / _____

_____ / _____