

Государственное бюджетное учреждение  
дополнительного профессионального образования Самарской области  
«Региональный центр  
психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи  
«Центр специального образования»



**ПОДГОТОВКА ПАКЕТА ДОКУМЕНТОВ ДЛЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ  
РЕБЕНКА В ПСИХОЛОГО- МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ  
КОМИССИИ**

**(памятка для образовательных организаций)**

Самара  
2025

## Уважаемые коллеги!

С целью своевременного выявления детей, имеющих особенности физического и (или) психического развития и (или) отклонения в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) и подготовки по его результатам рекомендаций по организации обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций создаются психолого-медико-педагогические комиссии (далее - ПМПК, комиссия) (приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 01.11.2024 года № 763 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»).

На ПМПК направляются дети, испытывающие трудности в освоении основных общеобразовательных программ, в развитии и социальной адаптации.

Инициаторами обследования ребенка в ПМПК могут быть:

- родители (законные представители) ребенка;
- образовательная организация, которую посещает ребёнок;
- учреждения, обеспечивающие защиту прав детей и подростков с отклонениями в развитии, лечебно-профилактические, общественные и другие организации.

Если ребёнку, посещающему вашу образовательную организацию, предстоит пройти обследование в ПМПК, к нему необходимо подготовиться.

Напомните родителям, что для **проведения обследования ребенка** им **необходимо предъявить** в центральную психолого-медико-педагогическую комиссию (далее – ЦПМПК) **пакет документов**:

- заявление о проведении обследования ребенка в ЦПМПК (Приложение 1);
- согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя) (Приложение 2);
- согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребенка (Приложение 3);
- оригинал и копию документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя) обследуемого, обследуемого в возрасте старше 14 лет;
- оригинал и копию свидетельства о рождении обследуемого (для лиц, не достигших 14 лет) или документа, подтверждающего родство заявителя;
- оригинал и копию свидетельства о регистрации по месту жительства ребенка до 14 лет (форма № 8);
- оригинал и копию документа, подтверждающего установление опеки или попечительства (при необходимости);

- направление организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, других организаций (при наличии);
- постановление комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав о направлении на комиссию (при наличии);
- представление психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность/специалистов, осуществляющих психолого-педагогическое сопровождение обучающегося;
- копию заключения (заключений) комиссии о результатах ранее проведенного обследования (при наличии);
- копию справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и ИПРА (при наличии);
- медицинское заключение, содержащее информацию о состоянии здоровья обследуемого, результатах медицинских обследований и (или) лечения, выданное медицинской организацией по месту жительства (регистрации) обследуемого в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приложение 4). Медицинское заключение действительно для предоставления в комиссию в течение 6 месяцев со дня его оформления.

При необходимости ЦПМПК может запросить у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.

**Образовательной организации необходимо подготовить и передать родителям:**

- направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (приложение 5);
- коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста, осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (приложение 6);
- представление, выданное образовательной организацией (приложение 7);
- табель успеваемости за текущий учебный год (на официальном бланке организации с указанием даты написания, заверенный подписью директора и печатью образовательной организации);
- самостоятельные письменные работы по русскому (родному) языку и математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка (рисунки цветными карандашами и т.п.).

Прежде, чем направить ребенка на ЦПМПК, разъясните родителям, чем обусловлена данная необходимость, психологически подготовьте родителей и ребенка к ЦПМПК, чтобы ситуация ожидания процедуры комплексного обследования на ЦПМПК не была для них тревожной.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1  
Руководителю Центральной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Самарской области

\_\_\_\_\_.

от \_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя) полностью

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ребёнка (полностью)

тел: \_\_\_\_\_

адрес эл.почты (при наличии) \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка, дата рождения ребенка)

и представить мне заключение (рекомендации) о (выбрать нужное):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | создании специальных условий для получения образования;   |
| <input type="checkbox"/> | создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования; |
| <input type="checkbox"/> | создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;   |
| <input type="checkbox"/> | оказании психолого-педагогической помощи обучающемуся, испытывающему трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации.           |

Настоящим даю согласие на обработку специалистами психолого-медико-педагогической комиссии моих персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя (законного  
представителя)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Уведомлен (уведомлена) о направлении заключений (рекомендаций) психолого-медико-

педагогической комиссии (выбрать нужное):

в организацию, осуществляющую образовательную деятельность, в которой обучается обследуемый (при получении обучающимся образования);

в исполнительный орган субъекта Российской Федерации, осуществляющий государственное управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом);

в орган местного самоуправления, осуществляющий управление в сфере образования, для мониторинга создания специальных условий в соответствии с заключением (рекомендациями) психолого-медико-педагогической комиссии (в случае проведения обследования психолого-медико-педагогической комиссией, созданной указанным органом);

в комиссию по делам несовершеннолетних (в случае проведения обследования по постановлению комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав).

---

(подпись родителя (законного  
представителя)

---

(дата)

Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской области  
ГБУ ДПО СО «Региональный центр  
психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи  
«Центр специального образования»

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

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф. И.О. полностью в именительном падеже

по документу, удостоверяющему личность паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_,  
выданный \_\_\_\_\_,

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

телефон, e-mail \_\_\_\_\_

настоящим даю свое согласие на обработку своих персональных данных в Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Самарской области, расположенной по адресу: г. Самара, ул. Металлистов, 61 А (ГБУ ДПО СО «Региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр специального образования»), 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 с целью комплексного психолого-педагогического и медико-социального сопровождение детей с ОВЗ:

- заполнения базы данных обследуемых на ПМПК, формирование статистических и аналитических отчетов.

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.

Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской 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 путем направления в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Самарской области письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской области 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 ФИО

Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской области  
ГБУ ДПО СО «Региональный центр  
психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр специального  
образования»

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

Я, \_\_\_\_\_,

Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью в именительном падеже

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

по документу, удостоверяющему личность паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_,  
выданный \_\_\_\_\_,

телефон, e-mail \_\_\_\_\_

данные ребенка \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка полностью в именительном падеже

На основании \_\_\_\_\_

свидетельство о рождении или документ, подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного N \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ как его (ее) законный представитель настоящим даю свое согласие на обработку в Центральной психолого-медико-педагогической комиссии Самарской области, расположенной по адресу: г. Самара, ул. Металлистов 61А (ГБУ ДПО СО «Региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр специального образования»)

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;
- Ф.И.О. 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 Представления ППк образовательной организации;
- 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 с целью комплексного психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей с ОВЗ:

- заполнения базы данных обследуемых на ПМПК, формирование статистических и аналитических отчетов.

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, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским организациям, военкомату, отделениям полиции, обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской области гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской 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 путем направления в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию Самарской области письменного отзыва.

Согласен/согласна, что Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия Самарской области 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого для ПМПК**

**Ф.И.О.** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_ **Адрес** \_\_\_\_\_

**Ранее перенесенные заболевания** (МКБ, дата) \_нет\_\_\_\_\_

**Ранее «Д» учет** (МКБ, дата) \_\_\_\_\_

**Ранее оздоровлен:** амбулаторно \_\_\_\_\_ стационар \_\_\_\_\_ сан-кур.леч \_\_\_\_\_

**Педиатр:** РОСТ \_\_\_\_\_ ВЕС \_\_\_\_\_ А/D \_\_\_\_\_ мм.рт.ст Жалобы на \_\_\_\_\_

Катаральных явлений нет. Кожа и слизистые чистые. Лимф.узлы не увеличены.

Сердце-тоны ясные ритмичные, шумов нет \_\_\_\_\_ Легкие-дыхание везикулярное, хрипов нет

Печень и селезенка не увеличены \_\_\_\_\_. Живот мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме \_\_\_\_\_

**Невролог:** жалоб нет, головокружение, нарушение сна. Кожные покровы чист, мраморные, дермографизм \_\_\_\_\_. Н/статус: ЧМН - в норме, сухожильн. рефлексy D=S. Координация не нарушена. Мышечная сила достаточная, симметричная. Патологич.рефлексy - отрицат.

\_\_\_\_\_

DS (МКБ +, - ) \_\_\_\_\_

**Окулист:** Острота зрения: OD \_\_\_\_\_ OS \_\_\_\_\_

Оптические среды прозрачные. Конъюктива век бледно-розовая \_\_\_\_\_ Глазное дно: ДЗН OU бледно-розовый, розовый, серый. Границы: четкие, не четкие. Сосуды: калибр - не изменен, сужен \_\_\_\_\_; Ход — не изменен, извиты. На периферии клетчатки пат.очаги отсутствуют \_\_\_\_\_

DS (МКБ +, - ) \_\_\_\_\_

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч. \_\_\_\_\_

**Лор:** Жалоб нет \_\_\_\_\_. Ш/Р бол. бм. Регион. л/у не увеличены. Барабан перепонка AD/AS серая блестящая.Нос- слиз. розовая, сокращена. Глотка - слизистая розовая, влажная. Миндал за дужк.

DS (МКБ +, - ) \_\_\_\_\_

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч. \_\_\_\_\_

**Хирург-ортопед:** жалоб нет, телосложение правильное, костно-мышечная система (без) патологии \_\_\_\_\_. Осанка не нарушена, сколеотическая, сколеоз \_\_\_\_\_ степени. Стопы: в норме, уплощены \_\_\_\_\_.

DS (МКБ +, - ) \_\_\_\_\_

Рекомендации: амб наблюдение, дообследование 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур леч. \_\_\_\_\_

**Психиатр:** ребенок активный, контактный, речь развита по возрасту, психо-моторная сфера (норма,отклон). Интеллект (норма,отклон). Эмоционально-вегетативная сфера (норма,отклон) \_\_\_\_

DS(МКБ +,-) \_\_\_\_\_

Результаты тестирования (по Векслеру и др.) \_\_\_\_\_

Рекоменд: амб.наблюдение, дообслед 1ур, 2ур, стац лечение, сан-кур.

**Особенности темпов физиологического развития:** ребенок от \_\_\_ беремен., протекавшей \_\_\_\_\_, роды \_\_\_\_\_, в сроке \_\_\_\_\_ нед., самопроизвольные/ оперативные \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Закричал (не)сразу, к груди приложили на \_\_\_сутки. Период новорожденности (без)особенностей \_\_\_\_\_

Голову удерживает с \_\_\_; сидит с \_\_\_\_\_; ползает с \_\_\_\_\_; встает с \_\_\_\_\_; ходит с \_\_\_\_\_

Особенности моторного развития \_\_\_\_\_

Улыбается \_\_\_; смеется \_\_\_; гулит \_\_\_; лепечет \_\_\_; слоги \_\_\_\_\_; простые слова \_\_\_\_\_; фразовая речь \_\_\_\_\_; предложения \_\_\_\_\_ На вопросы отвечает с \_\_\_\_\_ соответствие возрасту \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Особенности дальнейшего психоэмоционального развития: \_\_\_\_\_

Врач-специалист по основному заболеванию \_\_\_\_\_

Особенности фармакотерапии (есть/нет) \_\_\_\_\_

Режим питания \_\_\_\_\_

Физическая нагрузка \_\_\_\_\_

Заключительный DS (МКБ+ -) \_\_\_\_\_

Тип физиологического развития: гипосоматический, мезосоматический, гиперсоматический.

Группа здоровья \_\_\_1\_\_\_2\_\_\_3\_\_\_4\_\_\_5\_\_\_ Физкультурная группа: основная, подготовительная, специальная.

Профилактические прививки: привит по возрасту, мед отвод от проф прививок, нуждается в вакцинации

Рекомендации: дообследование 1ур, 2ур, дополнительное консультирование (да, нет). 1ур, 2ур.

Дата \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

\*Медицинское заключение действительно в течение 6 месяцев со дня его оформления.

Шапка/официальный бланк ОО

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**в центральную психолого-медико-педагогическую комиссию (ЦПМПК)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

официальное наименование направляющей организации

\_\_\_\_\_

адрес местонахождения, контактный телефон направляющей организации

направляет \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. ребенка

\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ адрес регистрации / фактического проживания

на обследование в ЦПМПК в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ указываются причины направления ребенка на ЦПМПК

Приложение (перечень документов, выданных родителю / законному представителю ребенка на руки для предъявления в ЦПМПК):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись родителя (законного представителя) ребенка с расшифровкой

\_\_\_\_\_

дата оформления направления

\_\_\_\_\_

подпись руководителя направляющей организации с расшифровкой

М.П.

Шапка/официальный бланк ОО

**Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума**

\_\_\_\_\_ (наименование образовательной организации)

Дата " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Общие сведения**

ФИО обучающегося: \_\_\_\_\_

Дата рождения обучающегося: \_\_\_\_\_ Класс/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

\_\_\_\_\_

Приложение: (планы коррекционно-развивающей работы, индивидуальный образовательный маршрут и другие необходимые материалы):

Председатель ППк \_\_\_\_\_

И.О. Фамилия

Члены ППк:

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

И.О. Фамилия

И.О. Фамилия

С решением ознакомлен(а) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

С решением согласен (на) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

С решением согласен(на) частично, не согласен(на) с пунктами: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Шапка/официальный бланк ОО

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА  
ОРГАНИЗАЦИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ  
(СПЕЦИАЛИСТА (СПЕЦИАЛИСТОВ), ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ПСИХОЛОГО-  
ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ)**

Фамилия, имя, отчество (при \_\_\_\_\_  
наличии) обучающегося: \_\_\_\_\_  
Дата рождения обучающегося: \_\_\_\_\_

**1. Общие сведения**

1.1. Группа или класс обучения на день подготовки представления: \_\_\_\_\_

1.2. Дата зачисления в организацию, \_\_\_\_\_  
осуществляющую образовательную деятельность: \_\_\_\_\_

1.3. Наименование и вариант (при наличии) образовательной программы, по которой  
организовано образование обучающегося: \_\_\_\_\_

1.4. Форма получения образования (выбрать нужное):

- в организации, осуществляющей образовательную  
деятельность (в группе комбинированной  
направленности, в группе компенсирующей  
направленности, в группе общеразвивающей  
направленности, в группе оздоровительной  
направленности, в общеобразовательном классе, в  
инклюзивном классе, в отдельном (коррекционном)  
классе для обучающихся с (указать категорию  
обучающихся с ограниченными возможностями  
здоровья), на дому, в медицинской организации, в иной  
группе или классе (указать, какой) (выбрать нужное);
- вне организации, осуществляющей образовательную  
деятельность (в форме семейного образования, в форме  
самообразования (выбрать нужное).

1.5. Использование при реализации образовательной программы электронного обучения,  
дистанционных образовательных технологий (выбрать нужное):

да;  
нет.

1.6. Использование сетевой формы реализации образовательной программы (выбрать нужное):

  

да;  
нет.

1.7. Факты, способные повлиять на поведение и успеваемость обучающегося (в образовательной организации): переход из одной образовательной организации в другую образовательную организацию (указать причину), перевод в другой класс, замена учителя начальных классов (однократная, повторная (выбрать нужное), межличностные конфликты в среде сверстников; конфликт семьи с образовательной организацией; обучение на основе индивидуального учебного плана; обучение на дому; повторное обучение в классе; наличие частых и (или) хронических заболеваний; частые пропуски учебных занятий; иное (указать) (выбрать нужное).

1.8. Состав семьи (указать, с кем проживает обучающийся, родственные связи, наличие братьев и (или) сестер).

1.9. Трудности, переживаемые в семье: материальные; в связи с бракоразводным процессом; в связи с переездом в другой город или страну; плохое владение русским языком одного или нескольких членов семьи; низкий уровень образования одного или нескольких членов семьи; проживание с одним или несколькими членами семьи с антисоциальным поведением и (или) психическими расстройствами (выбрать нужное);

## 2. Сведения об условиях и результатах обучения

2.1. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент поступления в организацию, осуществляющую образовательную деятельность (указать в соотношении с возрастными нормами развития).

2.2. Краткая характеристика познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося на момент подготовки представления (указать в соотношении с возрастными нормами развития).

2.3. Характеристика динамики познавательного, речевого, двигательного, коммуникативного и личностного развития обучающегося за \_\_\_\_\_ (указать период).

2.4. Характеристика динамики деятельности (практической, игровой, продуктивной) обучающегося за \_\_\_\_\_ (указать период) <6>.

2.5. Характеристика динамики освоения образовательной программы обучающегося (указать соответствие объема знаний, умений и навыков требованиям федеральной основной образовательной программы, в том числе адаптированной, или, для обучающегося по программе дошкольного образования - достижение целевых ориентиров (в соответствии с годом обучения) или, для обучающегося по программе основного общего образования, среднего общего образования, профессионального образования - достижение образовательных результатов в соответствии с годом обучения в отдельных образовательных областях).

2.6. Индивидуальные особенности обучающегося, влияющие на результат обучения (указываются особенности: мотивации к обучению; коммуникации с педагогами и одноклассниками; ситуации, в которых возникает эмоциональная напряженность; уровень истощаемости и иные особенности обучающегося).

2.7. Отношение семьи к трудностям обучающегося.

2.8. Организация коррекционно-развивающей и психолого-педагогической помощи для обучающегося (указывается: направление (направления) работы и специалисты психолого-педагогического сопровождения, участвующие в ней; регулярность посещения занятий; характеристика результатов).

2.9. Характеристики взросления (указывается: характер занятости во внеучебное время; отношение к учебе; отношение к педагогическому воздействию; характер и значимость общения со сверстниками; значимость виртуального общения; способность критически оценивать свои поступки и поступки окружающих; самооценка; особенности психосексуального развития (при наличии); религиозные убеждения (при наличии, с указанием характера проявления (навязывает другим, или не актуализирует) жизненные планы и профессиональные намерения).

2.10. Характеристика поведенческих девиаций <7> (указывается: совершенные в прошлом или текущие правонарушения; наличие самовольных уходов из дома и (или) бродяжничества; проявления агрессии (физической и (или) вербальной); склонность к насилию; отношение к курению, алкоголю, наркотика и иным психоактивным веществам); сквернословие; отношение к компьютерным играм; повышенная внушаемость; дезадаптивные черты личности).

2.11. Информация о проведении индивидуальной профилактической работы.

2.12. Дополнительная информация (указывается: хобби, увлечения, интересы; принадлежность к молодежной субкультуре (субкультурам).

2.13. Общий вывод о необходимости уточнения, изменения, подтверждения образовательного маршрута обучающегося, создания условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации и (или) условий проведения индивидуальной профилактической работы.

Приложение: (сведения о текущей успеваемости, о результатах промежуточной аттестации по учебным предметам, копия приказа об организации обучения на дому и (или) в медицинской организации).

Дата составления представления.

Руководитель  
организации,  
осуществляющей  
образовательную  
деятельность:

Председатель  
психолого-  
педагогического  
консилиума (при  
наличии)

Члены психолого-  
педагогического  
консилиума или  
специалист  
(специалисты),  
осуществляющие  
психолого-  
педагогическое

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя,  
отчество (при  
наличии)

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя,  
отчество (при  
наличии)

сопровождение  
обучающегося

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя,  
отчество (при  
наличии)

Печать организации, осуществляющей образовательную  
деятельность

-----

<6> Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (с нарушением интеллекта).

<7> Для подростков и несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении.