

Перечень документов, представляемых на территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию:

а) оригиналы:

- 1) паспорт родителей (законных представителей);
- 2) заявка на прохождение комплексного психолого-медико-педагогического обследования;
- 3) направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание населения, медицинской организации, другой организации (при наличии);
- 4) коллегиальное заключение (заключения) психолого-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);
- 5) подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства, регистрации (выписка из истории развития ребенка действительна в течение шести месяцев);

- для выпускников с ОВЗ и детей-инвалидов **справка врачебной комиссии** (кодирование диагнозов по МКБ-10: коды основного(ых) и сопутствующих заболеваний, в соответствии с которыми ребенок нуждается в специальных условиях и медицинские рекомендации (по показаниям));

6) представление психолого-педагогического консилиума на обучающегося, выданное образовательной организацией. Характеристика составляется педагогом, непосредственно обучающим и (или) воспитывающим ребенка, а также специалистами психолого-педагогического консилиума образовательной организации, либо специалистами других организаций (заверенная руководителем данного учреждения и председателем ППК);

7) результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка, с качественным анализом и образцом задания.

б) копии:

1) паспорт родителя (законного представителя), который будет присутствовать на обследовании, документ о смене фамилии (по необходимости), если в паспорте иная фамилия, чем указана в свидетельстве о рождении ребенка;

2) документ о регистрации ребенка по месту жительства;

3) свидетельство о рождении или паспорт ребенка, достигшего 14-ти лет;

4) заключение ЦПМПК (ТПМПК) о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

5) личное дело обучающегося из образовательной организации;

6) выписка текущих оценок из классного журнала;

7) справка медико-социальной экспертизы (далее - МСЭ), подтверждающая наличие инвалидности у ребенка;

8) форма индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемая федеральными казенными учреждениями медико-социальной экспертизы;

Для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, документы, подтверждающие полномочия по предоставлению интересов ребенка:

9) решение суда о лишении родительских прав или свидетельство о смерти родителей (для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей);

10) решение суда об ограничении в родительских правах;

11) документ, являющийся основанием для передачи ребенка в государственное учреждение для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Вышеуказанные **копии документов, должны быть заверены** надлежащим образом с надписью: «Копия верна», датой заверения, подписью руководителя организации, расшифровкой подписи, печатью организации, предоставившей данные документы.

Место
для штампа

Выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей

Учреждение _____
(название медицинского учреждения)

направляет _____
(Ф.И.О. ребенка)

_____ (дата рождения)

_____ (домашний адрес)

ДОУ, ОУ (класс) _____

Анамнез жизни: _____

Перенесенные заболевания: _____

Обзор специалистов: дата осмотра, диагноз (по МКБ-10), подпись, личная печать:

1. Педиатр _____

Психомоторное развитие: начал держать головку с _____, сидеть _____, ползать _____, ходить _____

Гуление с _____, лепет _____, первые слова _____, фразовая речь _____

2. Окулист _____

Состояние зрения visus OD _____ OS _____ m

3. Отоларинголог _____

Соответствие слуха, шепотная речь AD _____ m, AS _____ m

Аудиограмма _____

4. Хирург _____

5. Логопед _____

6. Невролог _____

Неврологический статус _____

7. Психиатр _____

8. Сурдолог (по показаниям) _____

9. Ортопед (по показаниям) _____

10. Рекомендации по дальнейшему медицинскому сопровождению: _____

«__» _____ Г.
(дата)

(подпись руководителя ЛПУ)

М.П.

Выписка действительна в течение шести месяцев.