

**Список документов, необходимых для прохождения  
психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК)  
ребенком дошкольного возраста**

1. Заявка на ТПМПК от образовательного учреждения (при наличии)
2. Направление на ТПМПК от образовательного учреждения (при наличии)
3. Карта состояния здоровья и развития ребёнка от педиатра с осмотром врачей: отоларинголог, окулист, невролог, психиатр, педиатр (с обязательным указанием даты осмотра, наличием подписи и печати врача. Срок действия медицинского обследования для ТПМПК полгода)
4. Копия паспорта родителя (страница с фотографией и пропиской)
5. Копия документов законного представителя об установлении опеки (при наличии)
6. Копия свидетельства о рождении ребенка
7. Копия справки МСЭ и ИПРА (для детей-инвалидов)
8. Копия ранее выданного заключения ПМПК (при наличии)
9. Характеристика на ребёнка от воспитателя дошкольной группы с подписью специалиста (воспитателя), заверенная подписью и печатью заведующей детского сада.
10. Заключение учителя-логопеда, с указанием данных логопедического обследования, с предварительным заключением об общем речевом развитии ребенка с подписью специалиста (учителя-логопеда), заверенная подписью и печатью заведующей детского сада.
11. Характеристика на ребёнка от педагога-психолога с результатами психологического обследования ребенка с подписью специалиста (педагога-психолога), заверенная подписью и печатью заведующей детского сада
12. Рисунки ребёнка (не менее 2 штук)
13. При наличии в дошкольной образовательной организации активно действующего психолого-педагогического консилиума (ППК) характеристики воспитателя и педагога-психолога можно не предоставлять, а заменить их заключением ПП консилиума. Заключение необходимо писать, опираясь на Приложение № 4 к Распоряжению Министерства просвещения РФ от 6 августа 2020 Р-75 «Об утверждении примерного Положения об оказании логопедической помощи в организациях, осуществляющих образовательную деятельность»

**Документы подаются в ТПМПК не позднее, чем за 5 дней до  
обследования ребенка**

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия  
г. Вязьма, ул. Воинов-интернационалистов, д.7, тел. 5-26-79

**Документы,  
которые необходимо заполнить родителям:**

1. Заявление о проведении комплексного психолого-медико-педагогического обследования
2. Договор о взаимодействии территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Вязьмы и родителей (законных представителей) ребенка (2 экземпляра)
3. Согласие на медицинское вмешательство
4. Согласие на психиатрическое освидетельствование
5. Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребёнка
6. Согласие на обработку персональных данных родителя (законного представителя)

**Документы,  
которые при необходимости заполняет администрация дошкольной  
образовательной организации:**

1. Направление на проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования (на каждого ребенка). В направлении галочками, либо подчеркиванием отмечаются те документы, которые предоставляет образовательная организация.
2. Заявку о проведении комплексного психолого-медико-педагогического обследования группы детей (от трех человек) из одного детского сада

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и  
развития»  
руководителю ТППК Кузнецовой Т. Е.

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

\_\_\_\_\_  
(домашний адрес, контактный телефон)

**заявление.**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка полностью, дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(регистрация по месту жительства ребёнка)

и по результатам обследования предоставить мне заключение комиссии и копии особых мнений специалистов (при их наличии). Ознакомлен(а) с тем, что в работе комиссии применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*подпись* *расшифровка*

Я, \_\_\_\_\_  
информирован(а) о том, что специалисты комиссии несут ответственность за неразглашение моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, содержащихся в настоящем заявлении и в представленных мною документах (Федеральный закон от 27.07.2006 г. ФЗ № 152 «О персональных данных») и согласен (согласна) на их обработку

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*подпись* *расшифровка*

**К заявлению прилагаю:**

1. Документ (копию), удостоверяющий личность родителя (законного представителя), документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка
2. Договор на проведение обследования ребёнка в комиссии
3. Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
4. 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)
5. Заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
6. Подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей: лор, окулист, невролог, психиатр, педиатр
7. Характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией
8. Результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка

С уставом, лицензией и локальными актами  
учреждения ознакомлен/ознакомлена

(ч.5 ст. 55 ФЗ от 29.12.2012 №273-ФЗ

«Об образовании в Российской Федерации»)

\_\_\_\_\_  
*подпись*

( \_\_\_\_\_ )  
*расшифровка*

## Договор

### о взаимодействии территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Вязьмы и родителей (законных представителей) ребенка

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г. Вязьмы, именуемая в дальнейшем ТПМПК, в лице руководителя Кузнецовой Татьяны Евгеньевны, действующего на основании Положения, с одной стороны, и родитель (законный представитель)

---

(фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка)

---

(фамилия, имя, отчество ребенка; дата рождения)

именуемый в дальнейшем Родитель, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. Предмет договора

1.1. Проведение комплексного диагностического обследования и определения специальных условий для получения обследуемым образованием и необходимой психолого-медико-педагогической помощи.

1.2. Предоставление индивидуальных рекомендаций родителю (законному представителю) и педагогам по оказанию детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья психолого-медико-педагогической помощи, содействие в организации их последующего обучения и воспитания в учреждениях системы образования, социальной защиты населения и негосударственных образовательных учреждениях.

1.3. Рекомендации по направлению детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в лечебно-профилактические, реабилитационные и другие учреждения при возникновении трудностей диагностики, неэффективности оказываемой помощи для углубленного динамического изучения и уточнения диагноза.

1.4. Консультирование родителей (законных представителей), педагогических и медицинских работников, непосредственно представляющих интересы ребенка в семье и в образовательном учреждении.

#### 2. Обязанности сторон

2.1. ТПМПК обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинское, психологическое и педагогическое обследование несовершеннолетнего.

2.1.2. Оформлять по результатам диагностического обследования коллегиальное заключение и давать рекомендации по реализации образовательного маршрута обследуемого ребенка.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, не разглашать персональные сведения о данном ребенке. информации, относящейся к служебной тайне. Обязательства по сохранению конфиденциальности сохраняют свою силу и после истечения срока действия настоящего договора или его досрочного расторжения в течение последующих лет.

2.2. Родители (законные представители) обязуются:

2.2.1. Предоставлять для обследования в ТПМПК следующие документы: свидетельство о рождении ребенка (паспорт) (копия); выписки из протоколов психолого-медико-педагогического консилиума (далее ПМПк) либо территориальной ПМПК (далее ПМПК); выписку из медицинской карты; представление учителя-логопеда; представление врача-офтальмолога – для ребенка с нарушением зрения; представление воспитателя на ребенка дошкольного возраста; педагогическое представление на обучающегося; психологическое представление; письменные работы по математике и русскому (родному) языку, рисунки и другие результаты самостоятельной деятельности ребенка).

2.2.2. Присутствовать при обследовании ребенка.

### **3. Права сторон**

3.1. ТПМПК имеет право:

3.1.1. На защиту своих профессиональных интересов, чести и достоинства, вплоть до обращения в судебные органы.

3.1.2. На свободу выбора и использования методических средств в рамках своей профессиональной компетенции и квалификации, не нарушая прав и законных интересов ребенка.

3.2. Родители (законные представители) имеет право:

3.2.1. Требовать соблюдения врачебной тайны, неразглашения персональных сведений о ребенке, информации, относящейся к служебной тайне.

3.2.2. Присутствовать при обследовании ребенка.

3.2.3. Защищать законные права и интересы несовершеннолетнего.

3.2.4. Обращаться в вышестоящие органы в случае несогласия с коллегиальным заключением ТПМПК.

### **4. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, принятых на себя по настоящему договору, ТПМПК и Родитель (законный представитель) несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Все споры и разногласия, возникающие в связи с данным договором, стороны будут пытаться разрешить путем переговоров, а в случае не достижения согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

### **5. Порядок изменения и расторжения договора**

5.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны и будут являться его неотъемлемой частью только в том случае, если они составлены в письменном виде и подписаны уполномоченными представителями обеих сторон. Все дополнения и изменения, внесенные в настоящий договор в одностороннем порядке, не имеют юридической силы.

5.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон в любое время. При этом сторона, изъявившая желание расторгнуть договор, должна предупредить об этом другую сторону за 10 дней.

5.3. В одностороннем порядке договор может быть расторгнут по основаниям и в порядке, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором.

### **6. Срок действия договора и прочие условия:**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания договора и действует до исполнения обязательств, предусмотренных настоящим договором.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, - по одному для каждой стороны: один экземпляр хранится в ТПМПК; другой экземпляр находится у Родителя (законного представителя).

6.3. В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

### **7. Адреса, реквизиты и подписи сторон**

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

215119, город Вязьма, улица Воинов-интернационалистов, д. 7

Руководитель ТПМПК

\_\_\_\_\_ Т.Е. Кузнецова

м.п.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Родитель (законный представитель)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

руководителю ТПМПК Кузнецовой Т. Е.

### Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

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

\_\_\_\_\_ ,  
(кем выдан, дата выдачи)

на основании Закона РФ от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н (ред. 27.05.2012) "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи" даю добровольное согласие на медицинское вмешательство в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде опроса, неинвазивного обследования, консультативной помощи).

Я осведомлен(а), что данные медицинского освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБОУ «Вяземская школа-интернат №1 для обучающихся с ОВЗ». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*подпись заявителя* *расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*подпись врача* *расшифровка*

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

руководителю ТПМПК Кузнецовой Т. Е.

### Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

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

\_\_\_\_\_ ,  
(кем выдан, дата выдачи)

на основании Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 03.07.2016) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" даю добровольное согласие на психиатрическое обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

Я осведомлен(а), что данные медицинского освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБОУ «Вяземская школа-интернат №1 для обучающихся с ОВЗ». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*подпись заявителя* *расшифровка*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*подпись врача* *расшифровка*

## Согласие родителя (законного представителя) на обработку персональных данных ребёнка

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя (законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_,

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

(кем выдан, дата выдачи)

Как законный представитель \_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка полностью в родительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

на основании \_\_\_\_\_  
(свидетельство о рождении или иной документ, подтверждающий право представлять интересы ребенка)

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

**настоящим даю свое согласие на обработку в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии 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 в/из образовательных организаций; Ф.И.О. родителя/законного представителя, кем приходится ребёнку, адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищённых обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определённым основаниям, предусмотренным законодательством (ребёнок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребёнок сирота); форма получения образования ребёнком; изучение русского (родного) и иностранных языков; сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам; данные психолого-педагогической характеристики; форма и результат 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 учёта.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребёнку 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 ребёнка в целях:** обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; учёта детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях; соблюдения порядка и правил приёма в образовательную организацию; учёта реализации прав обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными 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; 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, проведение мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования; обеспечение личной безопасности обучающихся.

**Настоящим подтверждаю своё согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.**

Настоящие согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребёнка, 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 образования, государственным медицинским и образовательным организациям, военкомату, отделениям полиции),

обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребёнка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован/а, что Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию письменного отзыва. Согласен/согласна что Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя (законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
*подпись* *расшифровка*



**родителя (законного представителя)**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя (законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

настоящим даю своё согласие на обработку в Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии 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.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребёнка.

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, проведение мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования; обеспечение личной безопасности обучающихся.

Настоящим подтверждаю своё согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящие 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 образования, государственным медицинским и образовательным организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а так же осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован/а, что Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребёнка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию письменного отзыва.

Согласен/согласна что Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя (законного представителя) ребенка полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность)

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

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

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
подпись

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
расшифровка