|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отдел образования администрации Изобильненского муниципального округа  Ставропольского края  **Территориальная психолого-медико-**  **педагогическая комиссия**  **Изобильненского** **муниципального округа Ставропольского края**  **(ТПМПК ИМОСК)**  356140, г. Изобильный,ул. Советская,65 тел.(факс): (865-45)2-43-67  Е-mаil:[mr.tpmpkimrsk2016@yandex.ru](mailto:mr.tpmpkimrsk2016@yandex.ru)  ИНН 2607017873 КПП 260701001 ОГРН 1042600006195 |  | ЗАКЛЮЧЕНИЕ  территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Изобильненского муниципального округа Ставропольского края  *№ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.*  *Протокол № от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.* |

**Ф.И.О. ребенка** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* **Дата рождения:** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.*

**Адрес регистрации/Адрес проживания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Основные особенности ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий получения образования:**  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

**Нуждается / не нуждается** *(нужное подчеркнуть)* в создании специальных условий образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации.

**Рекомендации ТПМПК ИМОСК по созданию специальных условий обучения и воспитания ребенка в образовательной организации**

1. **Образовательная программа** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

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

1. **Форма обучения** *(в соответствии с рекомендациями врачебной комиссии)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Режим обучения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Форма получения образования** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **Обеспечение архитектурной особенности** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. **Специальные технические средства обучения** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
6. **Предоставление услуг ассистента (помощника), тьютора** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
7. **Специальные учебники** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
8. **Другие специальные условия** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
9. **Направления коррекционно-развивающей работы помощи работы и психолого-педагогической помощи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
10. **Срок повторного прохождения ТПМПК ИМОСК** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Дата выдачи заключения ТПМПК ИМОСК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Председатель ТПМПК ИМОСК | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Зам. председателя ТПМПК ИМОСК | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |
| Учитель-дефектолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Учитель-логопед | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Педагог-психолог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Социальный педагог | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Врач-психиатр | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |  |

М.П.

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ознакомлен(а).

Копия Заключения получена.

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

(дата) (подпись) (ФИО)