

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о проведении обследования в психолого-медико-педагогической комиссии

Руководителю ТПМПК г. Лангепаса

\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы руководителя)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
полностью)

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты

(при наличии): \_\_\_\_\_

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование в очной форме/дистанционной форме (нужное подчеркнуть) моего ребенка,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. обследуемого полностью (при наличии), дата рождения ребенка)

\_\_\_\_\_  
(регистрация по месту жительства (фактического проживания) обследуемого)

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

- ☐ создании специальных условий для получения образования;
- ☐ создании условий и (или) специальных условий проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего или среднего общего образования;
- ☐ создании условий проведения индивидуальной профилактической работы с обучающимся;
- ☐ 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 и персональных данных моего ребенка в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ознакомлен(а) с порядком проведения обследования в комиссии.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**СОГЛАСИЕ**  
на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя) обследуемого)  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющего личность)  
выдан \_\_\_\_\_  
(орган и дата выдачи)

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(документ, подтверждающий полномочия представителя и его реквизиты)

принимаю решение о предоставлении своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, адрес проживания, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, данные о родстве с ребенком, а также персональных данных моего ребенка

\_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)  
проживающего(ей) по адресу: \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(вид основного документа, удостоверяющего личность)

включающих фамилию, имя, отчество ребенка, дату рождения, адрес проживания, данные документа, удостоверяющего личность, пол, статус семьи, данные о состоянии здоровья ребенка и его медицинском обследовании, сведения об учебной деятельности,

территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Лангепаса  
(полное наименование психолого-медико-педагогической комиссии)

с местом нахождения по адресу: улица Парковая 29А, город Лангепас, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (Тюменская область), 628672

(почтовый адрес психолого-медико-педагогической комиссии)  
и даю согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе на указанных ниже условиях.

Целью обработки персональных данных является проведение специалистами ПМПК комплексного обследования для подготовки по результатам обследования рекомендаций по организации обучения и воспитания, подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций ПМПК.

**Подтверждаю** согласие на следующие действия с персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных путем смешанной обработки персональных данных.

Согласие может быть отозвано путем направления письменного уведомления в адрес ПМПК с требованием о прекращении обработки персональных данных.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

Руководителю ТПМПК г. Лангепаса

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы руководителя)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
полностью)

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

на проведение медицинского обследования лица, достигшего возраста 15 лет

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии.

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Лангепаса. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись /  
расшифровка подписи

Руководителю ТПМПК г. Лангепаса

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы руководителя)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя (законного представителя)  
полностью)

Регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ

на проведение медицинского обследования родителя (законного представителя) лица,  
не достигшего возраста 15 лет, или лица, признанного в установленном законом порядке  
недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(кем выдан, дата выдачи)

даю добровольное согласие на медицинское обследование в рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в личном деле (карте) ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в территориальной психолого-медико-педагогической комиссии города Лангепаса. Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись родителя / \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

Руководителю ТПМПК г. Лангепаса

(фамилия, инициалы руководителя)

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
на обследование территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссией города Лангепаса

*наименование образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание,  
медицинской организации, другой организации*  
направляет на обследование специалистами территориальной психолого-медико-педагогической комиссией города Лангепаса

| Ф.И.О. ребенка | Дата рождения | Класс/<br>группа | Цель направления в ТПМПК | Дата первичного обследования в ПМПК, № заключения (при повторном направлении) |
|----------------|---------------|------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
|                |               |                  |                          |                                                                               |

Приложение (перечень документов, выданных родителю (законному представителю) для предъявления в ПМПК):

Руководитель \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) / (расшифровка подписи)

М.П.

## ПРЕДСТАВЛЕНИЕ

психолого-педагогического консилиума организации, осуществляющей образовательную деятельность  
(специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-педагогическое  
сопровождение обучающегося)

Фамилия, имя, отчество *(при наличии)*:

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 период \_\_\_\_\_ *(указать период)*.

2.4. Характеристика динамики деятельности (практической, игровой, продуктивной) обучающегося за \_\_\_\_\_ *(указать период)* *(для обучающихся с ограниченными*

возможностями здоровья (с нарушением интеллекта). -

2.5. Характеристика динамики освоения образовательной программы обучающегося (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 (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, наркотикам 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:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Руководитель организации,  
осуществляющей образовательную  
деятельность:

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

Председатель психолого-педагогического  
консилиума (при наличии)

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)

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

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

(расшифровка подписи)



**ГОРОДСКОЙ ОКРУГ ЛАНГЕПАС**  
ХАНТЫ-МАНСКИЙ АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ

**ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**  
**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ**

ул. Парковая, дом 29А г. Лангепас, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра (Тюменская область),  
628672 тел.: (34669) 21180 E-mail: tpmrk.lang@mail.ru

**Уведомление родителя (законного представителя)**  
**об информировании**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя (законного представителя))

проинформирован(а) о дате, времени, месте и порядке проведения обследования ребенка в  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Лангепаса, которая состоится  
на базе **Центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи города**  
**Лангепаса**, по адресу **ул. Парковая, д. 29А** " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. с \_\_\_\_ до \_\_\_\_  
часов, а также о правах родителей (законных представителей) ребенка и правах ребенка,  
связанных с проведением обследования в территориальной психолого-медико-педагогической  
комиссии г. Лангепаса.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО родителя (законного представителя))

проинформирован(а) о дате, времени, месте и порядке проведения обследования ребенка в  
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Лангепаса.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись