

Информация о работе ТПМПК

по оказанию помощи детям дошкольного возраста.

В соответствии с распоряжением администрации Московского района Санкт-Петербурга № 1286-р от 30.06.2015 «Об организации деятельности Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Московского района Санкт-Петербурга» в ГБУ ДО ЦППМСП действуют рабочие группы по помощи детям дошкольного возраста.

1. По выработке рекомендаций по определению формы получения образования, образовательной программы, форм и методов психолого-педагогической помощи, созданию специальных условий, по определению степени инклюзии (интеграции) в образовательную среду для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста (дети с тяжелыми нарушениями речи, с фонетико-фонематическими нарушениями речи, с нарушениями произношения отдельных звуков, с задержкой психического развития).

2. По выработке рекомендаций по определению формы получения образования, образовательной программы, форм и методов психолого-педагогической помощи, созданию специальных условий, по определению степени инклюзии (интеграции) в образовательную среду для получения образования детьми, в том числе с туберкулезной интоксикацией, часто болеющих детей дошкольного возраста, которым необходим комплекс специальных оздоровительных мероприятий.

Заключение **Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии** (далее - ТПМПК) относится к перечню документов, необходимых и обязательных для предоставления государственной услуги по зачислению или переводу ребенка в группу компенсирующей, комбинированной или оздоровительной направленности в соответствии с п. 2.7.1 Административного регламента, утвержденного распоряжением Комитета по образованию от 03.08.2015 № 3748-р.

Порядок прохождения ТПМПК.

1. **Записаться на подачу документов для прохождения ТПМПК** по тел. **388-19-18** или по адресу пл. Чернышевского, д.8, литера А.

Родители (законные представители) предоставляют следующие документы:

- заявление на проведение обследования ребенка в ТПМПК;
- свидетельство о рождении ребенка и **его копия**;
- паспорт родителя (законного представителя) и **его копия**;
- документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка (доверенность от законных представителей) (при наличии);
- характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией;
- выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);
- **в случае прохождения ТПМПК детьми дошкольного возраста для получения рекомендаций по определению комплекса оздоровительных мероприятий – по установленной форме (см. приложение).**

Родитель (законный представитель) при подаче документов под личную подпись уведомляется о дате и времени обследований и проведения заседания ТПМПК.

Родителю (законному представителю) может быть отказано в записи на обследование в случае, если не представлен полный пакет документов.

2. **Пройти обследование специалистов ТПМПК.**

3. **Получить заключение с рекомендациями по организации обучения и воспитания.**

Заключение ТПМПК действительно в течение одного года с даты его подписания.

Внимание: копия заключения ТПМПК выдается только родителям (законным представителям) детей под личную подпись.

Секретарь ТПМПК: Трудова Анна Владимировна - социальный педагог ГБУ ДО ЦППМСП, тел. 413-47-75

Выписка из истории развития ребёнка,

направляемого на Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию Московского района Санкт-Петербурга для определения образовательной программы и создания специальных условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста.

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Адрес регистрации с указанием района города: _____

Адрес проживания с указанием района города: _____

Телефон: _____

Ф.И.О. родителя (законного представителя): _____

Заключения по результатам обследований специалистами:

1. Выписка из истории развития ребенка (эпикриз): _____

Дата _____ Подпись врача _____

2. Заключение ортопеда или хирурга о состоянии опорно-двигательного аппарата: _____

Дата _____ Подпись врача _____

3. Заключение врача-офтальмолога: _____

Дата _____ Подпись врача _____

4. Заключение невролога с обязательным указанием особенностей двигательной активности: ходьба самостоятельная; передвигается с поддержкой; самостоятельно не передвигается (нужное подчеркнуть), и состояния речевого развития: _____

Дата _____ Подпись врача _____

5. Заключение врача психиатра: _____

Дата _____ Подпись врача _____

6. Заключение врача отоларинголога: _____

Дата _____ Подпись врача _____

7. Заключение врача фтизиатра: _____

Дата _____

Подпись врача _____

М.П.