В СОГБОУ «Ярцевская общеобразовательная

школа-интернат» руководителю ТПМПК

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

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(ФИО родителя** (законного представителя) полностью **в родительном падеже**)

проживающей (его) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(домашний адрес, контактный телефон)

**Заявление**

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка

(ФИО ребенка полностью, дата рождения **в  родительном падеже**)

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

и по результатам обследования предоставить мне оригинал заключения 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 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 (оригинал + копия)
2. Свидетельство о рождении или паспорт ребенка (оригинал + копия).
3. Заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребёнка в комиссии
4. Направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)
5. Заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов: логопеда, психолога, дефектолога), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии)
6. Заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии)
7. Подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей: лор, окулист, невролог, психиатр, педиатр
8. Характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией
9. Письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка; копии контрольных работ, копии результатов аттестации по предметам; табель успеваемости.

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 Ярцевской территориальной психолого-медико-педагогической комиссии и родителей (законных представителей) ребенка**

" \_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

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

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

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

(фамилия, имя, отчество ребенка в родительном падеже, 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 образования 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**

|  |  |
| --- | --- |
| СОГБОУ для детей-сирот и детей , оставшихся без попечения родителей «Ярцевская общеобразовательная школа-интернат»215800, Смоленская область, г. Ярцево, улица Макаренко, д.3Руководитель ТПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) м.п. | ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

В СОГБОУ «Ярцевская общеобразовательная

 школа-интернат»

 **руководителю ТПМПК** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинское обследование**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО законного представителя 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 информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство относительно моего ребенка (подопечного)

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

(ФИО ребенка (подопечного) полностью в родительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

 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 «Ярцевская общеобразовательная школа-интернат». Сведения о состоянии здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г.

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

*подпись заявителя расшифровка*

В СОГБОУ «Ярцевская общеобразовательная школа-интернат»

 **руководителю ТПМПК** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на психиатрическое обследование**

Я, \_\_\_\_\_,

(ФИО законного представителя 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 информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование относительно моего ребенка (подопечного) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка(подопечного) полностью в родительном падеже по документу удостоверяющему личность, дата рождения)

рамках комплексного психолого-медико-педагогического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии (в виде психиатрического освидетельствования и оказания консультативной помощи).

 Я осведомлен(а), что данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБОУ «Ярцевская общеобразовательная школа-интернат» . Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_)

*подпись заявителя расшифровка 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(ая) 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 страховании; 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 так же 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 действу

щим 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 втерриториальную 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*

**Согласие на обработку персональных данных**

**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.

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

Я проинформирован/а, что Центральная 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*

Выписка из истории развития ребенка

штамп медицинской организации

КАРТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

(данные предварительного обследования для ПМПК)

Общие сведения о ребенке

1. Фамилия, имя, отчество

2. Дата рождения, возраст на время обследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Место проживания

4. В каких заведениях воспитывался, обучался

5. Кем направлен на обследование

6. Цель обследования, жалобы

7. Краткие сведения о семье ребёнка (ФИО, год рождения, место работы, должность)

Мать

Отец

Основные медицинские заключения

1. **Педиатр** (развернутые анамнестические данные из «Истории развития ребенка» и состояние его здоровья)

Беременность (по счету)\_\_\_\_ Протекание беременности

Роды (по счету) Протекание родов\_\_\_\_\_\_\_

вес длина Держит голову Переворачивается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сидит Ползает \_\_\_\_\_Стоит\_\_\_\_\_\_\_\_Ходит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Первые слова \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фразовая речь

«Д» учет (диагноз)

Инвалид (Диагноз)

Перенесенные заболевания

на момент обследования: рост\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_вес\_\_\_\_\_\_\_\_\_группа здоровья

**Соматическийстатус:** T˚С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Чсс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Чдд \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состояние: удовлетворительное; средней тяжести, тяжёлое по основному заболеванию. Кожные покровы обычной окраски, бледные, чистые, сыпи нет. Дыхание в легких везикулярное, пуэрильное. Хрипы есть/нет. Тоны сердца звучные, ритмичные; шум нет/выслушивается (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_). Живот мягкий, б/болезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления – б/о; нарушены.

Заключение педиатра: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

2. Офтальмолог (детский)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

3. Отоларинголог (детский)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

1. Невролог (детский) **Неврологический статус:**

Сознание: Краниальная иннервация: зрачки D S, глазные щели D S. Лицо симметричное/асимметричное. Девиация языка нет/есть (вправо, влево). Мышечный тонус D S, обычный, пониженный, повышенный, дистоничен. Сухожильные рефлексы D S, средней живости, пониженные, оживлены, повышенные. Патологические стопные знаки положительные/отрицательные. Симптомы орального автоматизма не вызываются/вызываются. Координация: мелкая моторика рук не нарушена/нарушена. В позе Ромберга устойчив/не устойчив. Походка обычная/нарушена. Функции тазовых органов контролирует/нарушены (энурез дневной, ночной; энкопрез (каломазание)). Когнитивные функции: сохранены/снижены.

Заключение невролога: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Рекомендации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

5. Психиатр (детский) Психиатрический статус, диагноз, рекомендации

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

6. Медико-генетическая консультация (по необходимости)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)

7. Другого специалиста \_(по необходимости)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись специалиста) Специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (Фамилия, имя, отчество)