



**Россия**  
**Республика Дагестан**  
**МКОУ «Избербашская школа-интернат III-IV видов»**

Исх. Тел. 2-44-22

« 09 » 09.2024г.

**График обследования обучающегося/йся \_\_ «\_\_» класса**  
**Фамилия Имя Отчество**  
**специалистами психолого-педагогического консилиума**

| Специалист/ФИО/телефон                                       | Дата и время обследования |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Педагог-психолог<br><b>Фамилия Имя Отчество</b><br>телефон   |                           |
| Учитель-логопед<br><b>Фамилия Имя Отчество</b><br>телефон    |                           |
| Учитель-дефектолог<br><b>Фамилия Имя Отчество</b><br>телефон |                           |

Информируем вас, что при отсутствии родителей (законных представителей) на обследовании в указанное время, **обучающийся будет обследован согласно графику.**

Председатель ППк  
наименование ОО \_\_\_\_\_ /И.О.Фамилия/

«Даю согласие на проведение обследования моего сына(дочери) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, обучающегося/йся \_\_ «\_\_»  
класса, специалистами психолого-педагогического консилиума *наименование ОО* по  
данному графику».

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ /  
подпись

\_\_\_\_\_ /  
фамилия имя отчество



Россия  
Республика Дагестан  
МКОУ «Избербашская школа-интернат III-IV видов»

Исх. Тел. 2-44-22

« 09 » 09.2024г.

Журнал обращения к специалистам психолого-педагогического консилиума  
МКОУ ИШИ  
в 20\_\_ - 20\_\_ учебном году

Отделение/структурное подразделение: *название и адрес*

Руководитель/администратор отделения: *Фамилия Имя Отчество*

**Контактная информация ППк:**

Председатель ППк – *должность, ФИО, email, контактный телефон*

Заместитель председателя ППк – *должность, ФИО, email, контактный телефон*

Секретарь ППк – *должность, ФИО, email, контактный телефон*

Педагог-психолог – *должность, ФИО, email, контактный телефон*

Учитель-логопед – *должность, ФИО, email, контактный телефон*

Учитель-дефектолог – *должность, ФИО, email, контактный телефон*

Социальный педагог – *должность, ФИО, email, контактный телефон*

Начат: \_\_\_\_\_

Окончен: \_\_\_\_\_

|                                  |  |            |        |          |  |
|----------------------------------|--|------------|--------|----------|--|
| Дата обращения:                  |  |            |        |          |  |
| Инициатор обращения:             |  | Должность: |        | Подпись: |  |
| ФИО обучающегося/йся:            |  |            | Класс: |          |  |
| Причина обращения:               |  |            |        |          |  |
|                                  |  |            |        |          |  |
| Специалист, принявший обращение: |  | Дата:      |        | Подпись: |  |
| Проведенные мероприятия:         |  |            |        |          |  |
|                                  |  |            |        |          |  |
| Результат обращения:             |  |            |        |          |  |
|                                  |  |            |        |          |  |
| ФИО специалиста:                 |  | Дата:      |        | Подпись: |  |



Россия  
Республика Дагестан  
МКОУ «Избербашская школа-интернат III-IV видов»

Исх. Тел. 2-44-22

« 09 » 09.2024г.

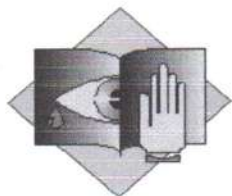
**Журнал регистрации направлений обучающихся в  
психолого-медико-педагогическую комиссию города \_\_\_\_\_**

Начат \_\_\_\_\_  
Окончен \_\_\_\_\_

Адрес: 368500, Россия, Республика Дагестан, г.Избербаш, ул. Чапаева,15, e-mail: izb-internat@mail.ru

**Журнал регистрации направлений обучающихся в  
психолого-медико-педагогическую комиссию города \_\_\_\_\_.**

| № | Ф.И.О. ученика,<br>класс | Дата<br>рождения | Цель направления                  | Причина направления               | Отметка о получении направления<br>родителями                                                                                                                                                                                                                                      |
|---|--------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 |                          |                  | <i>из Направления на<br/>ПМПК</i> | <i>из Направления на<br/>ПМПК</i> | <p><b>Получено:</b><br/><i>перечислить все передаваемые<br/>документы</i></p> <p><i>Родитель пишет своей рукой: «Я, ФИО,<br/>пакет документов получил»</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Дата: _____<br/>Подпись: _____</p> |



**Заключение педагога-психолога на обучающегося с ограниченными возможностями здоровья и/или ребенка-инвалида.**

**ФИО:** \_\_

**Дата рождения:** \_\_

**Класс:** \_\_

**Программа:** АООП НОО для обучающихся \_\_\_\_, вариант \_\_\_\_

**Заключение ПМПК:** № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года

**Психолого-педагогическая помощь:** указать рекомендованных специалистов

*И.О.Фамилия* обучается в \_\_ «\_\_» классе наименование ОО в подразделении \_\_\_\_

По результатам обследования получены следующие данные.

**Заключение:** кратко сформулировать заключение.

**Рекомендации:** сформулировать ряд рекомендаций, адресованных учителю или семье.

«\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ года

Педагог – психолог  
Наименование ОО

/И.О.Фамилия/



**Заключение педагога-психолога на обучающегося,  
испытывающего трудности в обучении.**

**ФИО:** \_\_

**Дата рождения:** \_\_

**Класс:** \_\_

**Программа:** ООП НОО

**Психолого-педагогическая помощь:** не получает

*И.О.Фамилия* обучается в \_\_«\_\_» классе *наименование ОО* в подразделении  
\_\_\_\_\_. По результатам обследования получены следующие данные.

**Заключение:** *кратко сформулировать заключение.*

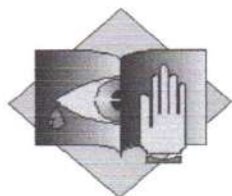
**Рекомендации:** *сформулировать ряд рекомендаций, адресованных учителю или семье.*

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Педагог – психолог

/И.О.Фамилия/

*Наименование ОО*



« 09 » 09. 2024г.

**Заключение учителя-дефектолога на обучающегося с ограниченными возможностями здоровья и/или ребенка-инвалида.**

**ФИО:** \_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_

**Класс:** \_\_\_\_

**Программа:** АООП НОО для обучающихся с \_\_\_\_\_, вариант \_\_\_\_\_

**Заключение ПМПК:** № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Психолого-педагогическая помощь:** указать рекомендованных специалистов

*И.О. Фамилия* обучается в \_\_\_\_ «\_\_» классе *наименование ОО* в подразделении \_\_\_\_\_. По результатам обследования получены следующие данные.

Уровень общей осведомленности: \_\_\_\_

Уровень усвоения программного материала: \_\_\_\_

Уровень развития мыслительных операций: \_\_\_\_\_

Способность к обучаемости: \_\_\_\_

**Заключение об уровне познавательного развития:** кратко сформулировать заключение.

**Рекомендации:** сформулировать ряд рекомендаций, адресованных учителю или семье.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

*Учитель-дефектолог  
наименование ОО*

*/И.О. Фамилия/*

**Заявление на создание специальных условий обучения и воспитания  
(ребенок с ОВЗ)**

Директору *наименование ОО*  
*И.О. Фамилия директора*

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Конт. телефон: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

заявление.

Прошу создать моему ребёнку \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, обучающемуся/йся с  
ограниченными возможностями здоровья, специальные условия обучения и воспитания  
в *наименование ОО* в 20\_\_-20\_\_ учебном году согласно АООП (*указать уровень  
получения образования*) для обучающихся с \_\_\_\_\_, вариант \_\_\_\_\_ (*при наличии*) на  
основании заключения ПМПК № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (копию  
прилагаю).

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**Россия**  
**Республика Дагестан**  
**МКОУ «Избербашская школа-интернат III-IV видов»**

Исх.

Тел. 2-44-22

« 09 » 09.2024г.

**Коллегиальное заключение психолого-педагогического консилиума**  
**МКОУ ИШИ**

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Общие сведения**

ФИО обучающегося:

Дата рождения обучающегося:

Класс/группа:

Образовательная программа:

Причина направления на ППк:

**Коллегиальное заключение ППк**

(выводы об имеющихся у ребенка трудностях (без указания диагноза) в развитии, обучении, адаптации (исходя из актуального запроса) и о мерах, необходимых для разрешения этих трудностей, включая определение видов, сроков оказания психолого-медико-педагогической помощи.

**Рекомендации педагогам**

**Рекомендации родителям**

Приложение: (планы коррекционно-развивающей работы, индивидуальный образовательный маршрут и другие необходимые материалы):

Председатель ППк \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

Члены ППк:

И.О. Фамилия

И.О. Фамилия

С решением ознакомлен (а) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

С решением согласен (на) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись и ФИО (полностью) родителя (законного представителя))

С решением согласен (на) частично, не согласен (на) с пунктами: \_\_\_\_\_

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

Директор МКОУ ИШИ

Ш.В.Асадулаева

Адрес: 368500, Россия, Республика Дагестан, г.Избербаш, ул. Чапаева,15, e-mail: izb-internat@mail.ru



« 09 » 09. 2024г.

**Логопедическая характеристика  
обучающегося с ограниченными возможностями здоровья  
и/или ребенка-инвалида.**

**ФИО:** \_\_\_\_

**Дата рождения:** \_\_\_\_

**Класс:** \_\_\_\_

**Программа:** АООП НОО для обучающихся \_\_\_\_\_, вариант \_\_\_\_\_

**Заключение ПМПК:** № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**Психолого-педагогическая помощь:** указать рекомендованных специалистов

И.О. Фамилия обучается в \_\_ «\_\_» классе наименование ОО в подразделении .  
результатам логопедического обследования получены следующие данные.

По

**Состояние моторики:**

Моторика кистей рук. \_\_\_\_\_

Артикуляционная моторика. \_\_\_\_\_

**Понимание обращенной речи:** \_\_\_\_\_

**Характеристика устной речи:**

Связная речь. \_\_\_\_\_

Лексический строй. \_\_\_\_\_

Грамматический строй речи. \_\_\_\_\_

Слоговая структура. \_\_\_\_\_

Звуковое оформление речи. \_\_\_\_\_

Фонематический слух. \_\_\_\_\_

Звуко-буквенный, слоговой анализ и синтез. \_\_\_\_\_

Интонационно мелодическая сторона речи. \_\_\_\_\_

**Характеристика письменной речи:**

Чтение: \_\_\_\_\_

Письмо: \_\_\_\_\_

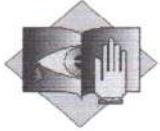
**Заключение:** кратко сформулировать заключение.

**Рекомендации:** сформулировать ряд рекомендаций, адресованных учителю или семье.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Учитель-логопед  
наименование ОО

/И.О. Фамилия/



**Россия**  
**Республика Дагестан**  
**МКОУ «Избербашская школа-интернат III-IV видов»**

Исх.

Тел. 2-44-22

« 09 » 09.2024г.

**Протокол встречи и беседы с родителями**  
**(законными представителями) обучающегося**  
**наименование ОО**

\_\_\_\_\_ класса - \_\_\_\_\_

ФИО учащегося

Дата встречи: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Инициатор встречи: \_\_\_\_\_

На встрече присутствовали следующие лица:

1. Со стороны школы следующие представители:

\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_.

2. Со стороны семьи следующие представители:

\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_.

Содержание беседы:

Вопросы, рассматриваемые на встрече: \_\_\_\_\_

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

Выводы и предложения, сделанные сторонами после проведения беседы:

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

Шаги, которые стороны намерены выполнить в скором времени:

Сроки ближайших консультаций сторон и дата последующей встречи между сторонами: \_\_\_\_\_

Визы лиц, проводивших беседу:

Представитель *наименование ОО*:

Представитель семьи : \_\_\_\_\_

Директор МКОУ ИШИ

Ш.В.Асадулаева



**Россия**  
**Республика Дагестан**  
**МКОУ «Избербашская школа-интернат III-IV видов»**

Исх. Тел. 2-44-22

« 09 » 09.2024г.

**Протокол заседания психолого-педагогического консилиума**  
**МКОУ ИШИ**

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Присутствовали: *И.О.Фамилия* (должность в ОО, роль в ППк),

**Повестка дня:**

1. ...
2. ...
3. ...

**Ход заседания ППк:**

1. ...
2. ...
3. ...

**Решение ППк:**

1. ...
2. ...
3. ...

**Приложения** (характеристики, представления на обучающегося, результаты продуктивной деятельности обучающегося, копии рабочих тетрадей, контрольных и проверочных работ и другие необходимые материалы):

1. ...
2. ...

Председатель ППк \_\_\_\_\_ И.О.Фамилия

Члены ППк:

И.О.Фамилия

И.О.Фамилия

Другие присутствующие на заседании:

И.О.Фамилия

И.О.Фамилия

**Согласие на обследование специалистами.  
Оформляется в случае запроса родителей на обследование в ППк.**

Председателю психолого-  
педагогического консилиума  
*наименование ОО*  
*ФИО председателя*

Согласие.

Я, *ФИО родителя/законного представителя*, даю согласие на проведение обследования моего ребенка обучающегося/йся \_\_\_\_«\_\_» класса *ФИО ребенка* специалистами ППк *наименование ОО (перечислить специалистов)*.

Дата \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)