**Список документов, необходимых для прохождения**

**психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК)**

**обучающимся, претендующим на создание специальных образовательных условий (СОУ) для сдачи государственной итоговой аттестации (ГИА)**

1. Карта состояния здоровья и развития ребёнка от педиатра с осмотром врачей: отоларинголог, окулист, невролог, психиатр, педиатр (с обязательным указанием даты осмотра, наличием подписи и печати врача. Срок действия медицинского обследования для ТПМПК полгода)
2. Направление на ТПМПК от образовательного учреждения (при наличии)
3. Копия паспорта родителя (страница с фотографией и пропиской)
4. Копия документов законного представителя об установлении опеки (при наличии)
5. Копия паспорта обучающегося (страница с фотографией и пропиской)
6. Копия справки, подтверждающий факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы (МСЭ) (для инвалидов)
7. Копия ранее выданного заключения ПМПК (при наличии)
8. Характеристика на обучающегося от классного руководителя с подписью классного руководителя, заверенная подписью и печатью директора школы.
9. Характеристика на ребёнка от педагога-психолога с результатами психологического обследования обучающегося с подписью специалиста (педагога-психолога), заверенная подписью и печатью директора школы.
10. При наличии в образовательной организации активно действующего психолого-педагогического консилиума (ППк) характеристики классного руководителя и педагога-психолога можно не предоставлять, а заменить их заключением ПП консилиума. Заключение необходимо писать, опираясь на Приложение № 4 к Распоряжению Министерства просвещения РФ от 09.09.2019 Р-93 «Об утверждении примерного Положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации»
11. Тетради обучающегося (не менее 2 штук: 1 по математике, 1 по русскому языку, лучше **не тетради** для контрольных работ)
12. Табель успеваемости, заверенный печатью и подписью директора.
13. Копия справки об обучении ребенка на дому, заверенная печатью и подписью директора.
14. Копия приказа о переводе ребенка на обучение на дому, заверенная печатью и подписью директора.

Документы подаются в ТПМПК не позднее, чем за 5 дней до

обследования ребенка

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия

г. Вязьма, ул. Воинов-интернационалистов, д.7, тел. 5-26-79

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

руководителю ТПМПК Кузнецовой Т.Е.

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

(ФИО родителя (законного представителя) полностью)

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

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

(домашний адрес, контактный телефон)

**З А Я В Л Е Н И Е**

**о проведении обследования ребёнка в ТПМПК**

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

(ФИО родителя/законного представителя)

паспорт №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан (кем и когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ регистрация по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу принять документы моего ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребёнка)

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

район и адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

район и адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

и провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование с целью выработки рекомендаций по проведению государственной итоговой аттестации.

Причина обращения в ТПМПК:

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

Перечень представленных документов (отметить):

- Предъявлен документ, удостоверяющий личность законного представителя.

- Предъявлен документ, подтверждающий полномочия по предъявлению интересов ребёнка.

- Копия паспорта или свидетельства о рождении ребёнка (предъявлен оригинал или заверенная в установленном порядке копия).

- Направление образовательной организации (далее – ОО), организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации.

- Заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума ОО или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в ОО.

- Заключение (заключения) ПМПК о результатах ранее проведённого обследования ребёнка.

- Подробная выписка из истории развития ребёнка с заключениями врачей, наблюдающих ребёнка в медицинской организации по месту жительства (регистрации).

- Характеристика обучающегося, выданная ОО.

- Письменные работы по русскому языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребёнка.

- Копии справки, подтверждающий факт установления инвалидности, выданной федеральным государственным учреждением медико-социальной экспертизы, и индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребёнка-инвалида/инвалида (ИПР/ИПРА) (предъявлены оригиналы или заверенные в установленном порядке копии).

- Заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребёнка.

- Справка из ОО, подтверждающая факт обучения.

- Заверенная директором ОО копия приказа об организации индивидуального обучения на дому.

- Заключение медицинской организации о том, что ребёнок нуждается в обучении на дому по медицинским показаниям.

Другие документы:

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

Я информирован(а) о следующем:

Ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе). В случае если на ТПМПК будет представлен неполный комплект документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребёнка на комиссии может быть отказано.

При необходимости ТПМПК запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребёнке.

Информирование родителей (законных представителей) ребёнка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребёнка, связанных с проведением обследования, осуществляется ТПМПК в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

Состав специалистов ТПМПК, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются руководителем ТПМПК исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей. При решении ТПМПК о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

Прошу предоставить мне копию заключения ТПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

*подпись расшифровка*

**Договор**

**о взаимодействии территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**

**г. Вязьмы**

**и родителей (законных представителей) ребенка**

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

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

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

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

(фамилия, имя, отчество ребенка; 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; 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 "Вяземский центр коррекции и развития"  215119, город Вязьма, улица Воинов-интернационалистов, д. 7  Руководитель ТПМПК  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.Е. Кузнецова  м.п. | Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

руководителю ТПМПК Кузнецовой Т. Е.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, ,

(ФИО 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 добровольное согласие на медицинское вмешательство 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 «Вяземский центр коррекции и развития». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

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

*подпись заявителя расшифровка*

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

*подпись врача расшифровка*

В СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития»

руководителю ТПМПК Кузнецовой Т. Е.

**Информированное добровольное согласие на психиатрическое освидетельствование**

Я, ,

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

Я осведомлен(а), что данные медицинского освидетельствования и заключение о состоянии здоровья оформляются в Карте ребенка, прошедшего обследование, которая хранится в СОГБОУ «Вяземский центр коррекции и развития». Сведения о состоянии психического здоровья, фактах обращения за психиатрической помощью являются врачебной тайной.

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

*подпись заявителя расшифровка*

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

*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 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 также 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 действующим 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 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*

**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.

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии действующим 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 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*