Информация о работе ТПМПК
по оказанию помощи детям дошкольного возраста.

В соответствии с распоряжением администрации Московского района Санкт-Петербурга № 1333-р от 24.11.2017 «Об организации деятельности Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии Московского района Санкт-Петербурга» в ГБУ ДО ЦППМСП действуют рабочие группы по оказанию 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 09.04.2018 № 1009-р.

Алгоритм прохождения ТПМПК.

1. Собрать пакет документов:

- 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). Бланк должен быть заверен печатью медицинской организации.

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

3. Предоставить пакет документов, получить информацию о месте , времени и порядке обследования ребенка в ТПМПК (без ребенка).

4. Пройти с ребенком обследование у специалистов ТПМПК.

5. Получить заключение с рекомендациями по образовательной программе, форме и специальным условиям получения образования (без ребенка).

Внимание!

Заключение комиссии действительно для представления в образовательную организацию в течение календарного года с даты его подписания.

Заключение ТПМПК носит рекомендательный характер.

Копия заключения ТПМПК выдается только родителям (законным представителям) детей под личную подпись.

Секретарь ТПМПК: Трудова Анна Владимировна - социальный педагог
ГБУ ДО ЦППМСП, тел. 246-20-55

ПРИЛОЖЕНИЕ

Штамп организации

Выписка из истории развития ребёнка,

для прохождения Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии
Московского района Санкт-Петербурга.

_____

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения)

Адрес регистрации с указанием района города: _____

_____

Адрес проживания с указанием района города: _____

_____

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

_____Телефон: _____

Заключения по результатам обследований специалистами:

1. Выписка из истории развития ребенка (заполняется врачом педиатром, при необходимости - заключение врача-аллерголога, врача-фтизиатра):_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Дата _____ Подпись врача _____

2. Заключение хирурга-ортопеда 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 отоларинголога: _____
_____
_____
_____

Дата _____ Подпись врача _____

М.П.