**Наименование организации**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**психолого-медико-педагогической комиссии**

**о создании специальных условий для получения образования**

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фамилия, имя, отчество (при наличии) обследуемого**

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

**Дата рождения**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обучающийся является (не является) обучающимся с ограниченными возможностями здоровья и нуждается (не нуждается) в создании специальных условий для получения образования:

**Образовательная программа:** *(указывается наименование рекомендованной образовательной программы)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Вариант образовательной программы** *(указывается вариант рекомендованной образовательной программы)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уровень образования:** *(указывается уровень образования: дошкольное образование; начальное общее образование; основное общее образование; среднее общее образование; среднее профессиональное образование; высшее профессиональное образование)*

**Предоставление услуг ассистента (помощника):** *(указывается "да" или "нет")*

**Специальные методы обучения:** *указывается (в соответствии с рекомендованной образовательной программой или иное)*

**Специальные учебники, учебные пособия и дидактические материалы** *указывается «в соответствии с рекомендованной образовательной программой» или иное)*

**Специальные технические средства обучения**: *указывается (в соответствии с рекомендованной образовательной программой или иное**)*

**Обеспечение доступа в здания и помещения:** *указывается (требуется или не требуется**)*

**Предоставление тьюторского сопровождения**: *указывается (требуется или не требуется)*

**Психолого-педагогическое сопровождение:**

Педагог-психолог:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Другие условия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Условия организации индивидуальной профилактической работы:***(указывается не требуется или указываются направления профилактической работы)*

**Особые рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии:** *(указывается не требуются или указываются особые рекомендации ПМПК)*

**Срок проведения обследования с целью подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций:***(указывается срок повторного обращения в ПМПК- при переходе на следующий уровень образования, при стойких трудностях/успехах в освоении образовательной программы, по рекомендации ППк, пот направлению МСЭ, другое)*

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Педагог-психолог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-логопед: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Учитель-дефектолог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Секретарь ПМПК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С заключением ознакомлен (ознакомлена). Оригинал заключения получен.

Дата получения заключения «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г.

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

Подпись родителя (законного представителя) (расшифровка)