

График ТПМПК на первое полугодие 2018 года

Даты заседаний ТПМПК	
Январь (четверг):	11.01 18.01 25.01
Февраль (четверг):	01.02 08.02 15.02 22.02
Март (четверг):	01.03 15.03 22.03 29.03
Апрель (четверг):	05.04 12.04 19.04 26.04
Май (четверг):	03.05 10.05 17.05 24.05 31.05
Июнь (четверг):	07.06 14.06 21.06

Проведение заседаний ТПМПК - по адресу ул. Красных Фортиов, д.43 (ЦРТ).

Список
документов, необходимых для прохождения
территориальной психолого-медико-педагогической комиссии

1. Паспорт родителя (законного представителя) ребёнка.
На обследование ребёнок принимается с родителями или законными представителями, при наличии подтверждающих документов, либо с иными лицами, при предъявлении нотариально заверенной доверенности от родителей (законных представителей).
2. Свидетельство о рождении ребёнка (подлинник и копия).
3. Выписка из истории развития ребёнка.
4. Педагогическое представление на ребенка (характеристика), заверенное подписями составителя и руководителя учреждения, печатью учреждения.
5. Заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения, заверенное подписями специалистов, печатью учреждения.
6. При повторном посещении ТПМПК, предоставить предыдущее заключение ПМПК, дневник наблюдения.
7. При наличии инвалидности у ребёнка – справка МСЭ.
8. Письменные работы учащихся (списывание с печатного текста, рукописного текста, образцы письма под диктовку, рабочие тетради).
9. Образцы самостоятельной продуктивной деятельности ребёнка дошкольника (рисунки, поделки и т.п.)

**ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА
ДЛЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ
города Сосновый Бор**

Фамилия, имя, отчество ребёнка _____

Дата рождения _____

Анамнестические данные о ребёнке:

Беременность (по счёту) _____ Роды (по счёту) _____ Срок _____

Течение беременности _____

Особенности протекания родов _____

Вес _____ Длина _____ Оценка по Апгар _____

Головку держит _____ Сидит _____ Стоит _____ Ходит _____

Первые слова _____

Состоит на «Д» учёте *(развёрнутый диагноз, с какого периода) _____

Инвалид с детства: (диагноз, с какого по какой срок) _____

Заключения специалистов**:

1.Офтальмолог: _____

2.Отоларинголог: _____

3.Невролог: _____

4. Психиатр: _____

5. Педиатр (группа здоровья): _____

Подпись врача-педиатра: _____

М.П.

* При повторном оформлении на ТПМПК указать фактическую периодичность осмотров специалиста в течение года, последние рекомендации.

**Заключение офтальмолога, отоларинголога, невролога действительны в течение года.