

## Договор № \_\_\_\_ о сотрудничестве

г. Верхняя Салда

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия, на базе государственного казённого общеобразовательного учреждения Свердловской области «Верхнесалдинская школа, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы» (далее – Исполнитель), в лице руководителя Топчий Ирины Анатольевны, действующего на основании Положения «О территориальной областной психолого-медико-педагогической комиссии г. Верхняя Салда», с одной стороны, и \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ в лице руководителя (далее – Заказчик) \_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. С целью обеспечения прав детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении на образование, соответствующее их особенностям и возможностям, в соответствии с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии», Приказом Министерства общего и профессионального образования Свердловской области от 07.06.2017 № 248-Д «Об утверждении Порядка работы центральной и территориальных областных психолого-медико-педагогических комиссий Свердловской области» Исполнитель по поручению Заказчика осуществляет комплексное психолого-медико-педагогическое обследование детей с ограниченными возможностями здоровья, в т.ч. с нарушением слуха, речи, интеллекта, со сложной структурой дефекта, и (или) отклонениями в поведении (далее – дети с ОВЗ), а также подготовку рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания.

1.2. Исполнитель осуществляет методическое, психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение субъектов образования на основании запроса.

### 2. Права и обязанности сторон

#### 2.1. Заказчик обязуется:

2.1.1. Организовать представление Исполнителю одновременно направлений и соответствующих документов на комплексное психолого-медико-педагогическое обследование (далее - ПМПО) детей с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ); на методическое, психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение по согласованной форме :

Приложения № 1.1; 1.2; 1.3; 1.4; 1.5; 1.6;

1.7. Приложения № 2,1; 2.2 Приложения №

3.1; 3.2.

2.1.2. Обеспечивать присутствие родителей (законных представителей) детей во время их обследования в ТПМПК.

2.1.3. Информировать родителей (законных представителей) о дате, месте, времени и порядке проведения обследования.

2.1.4. При ПМПО детей с ОВЗ по месту их обучения и воспитания обеспечить Исполнителю предоставление:

- автотранспорта для выезда в ОУ;
- помещений в ОУ, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

## **2.2. Заказчик имеет право:**

2.2.1. Организовать направление детей с ОВЗ на ПМПО.

2.2.2. Определять и согласовывать с Исполнителем сроки и место проведения ПМПО детей с ОВЗ в соответствии с представленными направлениями.

2.2.3. Получать рекомендации по оказанию детям с ОВЗ психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания.

2.2.4. Получать консультативную и методическую помощь по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ОВЗ, в т.ч. по вопросам психолого-медико-педагогического сопровождения субъектов образования.

## **2.3. Исполнитель обязуется:**

2.3.1. Осуществлять ПМПО детей, в т.ч. комплексную динамическую диагностику детей (от рождения до 18 лет) с целью своевременного выявления недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в их поведении.

2.3.2. Уведомлять Заказчика о дате, месте, времени и порядке проведения обследования детей в 5-дневный срок с момента подачи документов.

2.3.3. Проводить экспертизу представленных документов на каждого ребёнка с ОВЗ;

2.3.4. Информировать и консультировать родителей (законных представителей) ребёнка о заключении и рекомендациях психолого-медико-педагогической комиссии, о возможностях получения образования ребёнком в соответствии с полученными рекомендациями.

2.3.5. Соблюдать конфиденциальность информации о проведении обследования детей в комиссии, результатов обследования, а также иной информации, связанной с обследованием детей в комиссии. Предоставлять указанную информацию третьим лицам только по письменному согласию родителей (законных представителей) детей, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.3.6. Оказывать:

- содействие в организации условий развития, обучения и воспитания, адекватных индивидуальным особенностям ребёнка с ОВЗ;
- консультативную помощь работникам ОУ по вопросам организации воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ОВЗ.

## **2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. Осуществлять мониторинг учета рекомендаций комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях.

2.4.2. Отслеживать динамику развития детей с ОВЗ, прошедших ПМПО.

2.4.3. Вносить предложения Заказчику по развитию системы образования с целью обеспечения её доступности и адаптивности к уровням и особенностям развития детей.

2.4.4. Отказаться в проведении ПМПО детей с ОВЗ без присутствия их родителей (законных представителей) либо при не представлении документов, указанных в Перечне (Приложение № 1.3) в полном объеме.

### **3. Реализация совместной деятельности сторон**

3.1. Стороны осуществляют регулярный обмен информацией по вопросам реализации настоящего договора.

3.2. Для решения текущих вопросов по реализации настоящего договора стороны назначают ответственных исполнителей, наделенных соответствующими полномочиями.

### **4. Ответственность сторон**

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Представленное родителями (законными представителями) детей заключение комиссии является основанием для создания органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

4.3. Заключение комиссии действительно для представления в указанные органы, организации в течение календарного года с даты его подписания.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в случае действия обстоятельств непреодолимой силы, определяемых в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

### **5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до 31.12.20\_\_ года текущего года

5.2. По истечении указанного срока договор пролонгируется на неопределенный срок при условии, что ни одна из сторон не уведомит письменно другую сторону о прекращении соглашения в связи с истечением срока.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон либо в одностороннем порядке при условии письменного уведомления другой стороны за 1 месяц.

## 6. Прочие условия

6.1. Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами комиссии осуществляется бесплатно.

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны сторонами или надлежаще уполномоченными на то представителями сторон.

6.3. Споры, разногласия, которые могут возникнуть между сторонами по вопросам, не нашедшим своего разрешения в тексте данного договора, будут разрешаться путём переговоров на основе действующего законодательства Российской Федерации.

6.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

## 7. Адреса, реквизиты и подписи сторон:

*Исполнитель:*

Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия при ГКОУ СО «Верхнесалдинская школа»

*Адрес:* 624760 Свердловская область,

г. Верхняя Салда, ул. Ленина, 16

*Тел:* 89222291399

*Факс:* (34345) 51392

*E-mail:* vs\_tpmpk@mail.ru

*Сайт:* <https://school-vs.ru/>

Руководитель ТПМПК

*Заказчик:*

\_\_\_\_\_  
*Адрес:*

\_\_\_\_\_  
*Тел:* \_\_\_\_\_

*Факс:* \_\_\_\_\_

*E-mail:* \_\_\_\_\_

*Сайт:* \_\_\_\_\_

Руководитель

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_  
И.А. Топчий

М.П.

**Штамп ОУ**

Руководителю  
Территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии г. Верхняя Салда  
И.А. Топчий

**НАПРАВЛЕНИЕ**  
**на психолого-медико-педагогическое обследование детей с ОВЗ**

| № п/п | Ф.И.О. ребенка | Дата рождения | ДОУ | Группа | Домашний адрес | Ф.И.О. родителей (законных представителей) ребенка | Причины обращения в ТПМК |
|-------|----------------|---------------|-----|--------|----------------|--|--------------------------|
|       |                |               |     |        |                |  |                          |

Руководитель

\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

М.П.

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

**Штамп ОУ**

Руководителю  
Территориальной  
психолого-медико-педагогической  
комиссии г. Верхняя Салда  
И.А. Топчий

**З А Я В К А**  
**на методическое, психолого-педагогическое и медико-социальное**  
**сопровождение**

| № п/п | Вид сопровождения | Тема |
|-------|-------------------|------|
|       |                   |      |
|       |                   |      |
|       |                   |      |
|       |                   |      |

Руководитель

\_\_\_\_\_

(наименование учреждения)

М.П.

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

**Перечень документов, предоставляемых в территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию:**

- 1. Заявление** от обоих родителей (законных представителей) о проведении обследования ребёнка в психолого-медико-педагогической комиссии.
- 2. Направление** образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии).
- 3. Паспорт** или иной документ, удостоверяющий личность и копию документа, подтверждающего факт воспитания ребенка одним из родителей (свидетельство о смерти, свидетельство о расторжении брака, удостоверение одинокой матери, справка о рождении из ЗАГС — форма № 25, справка о розыске, справка о нахождении в местах лишения свободы и т.д.).
- 4.** В случае смены фамилии, родители предоставляют **копии** следующих документов: свидетельства о расторжении брака, свидетельства о повторном браке.
- 5. Копия** постановления об установлении опеки (для опекунов).
- 6. Копия** свидетельства о рождении и копия паспорта ребенка, достигшего 14 лет (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копией).
- 7.** Амбулаторная карта.
- 8.** Подробная **выписка из истории** развития ребенка с заключениями: врача-педиатра, врача-офтальмолога, врача-отоларинголога, сурдолога, врача-невролога, врача-психиатра (при наличии).
- 9. Копия** справки МСЭ (ребенок-инвалид).
- 10. Копия** личной карты обучающегося.
- 11.** Педагогическое **представление** или характеристика воспитанника, обучающегося, выданная образовательной организацией.
- 12.** Психологическое **представление** (при необходимости).
- 13.** Логопедическое **представление** (при необходимости).
- 14. Заключение** школьного психолого-педагогического консилиума с данными о результатах коррекционной работы воспитателя, психолога, дефектолога. Данные о коррекционной помощи, оказанной обучающемуся, какова ее эффективность; **данные динамики развития ребенка** за период обучения с выводами о его потенциальных возможностях.
- 15. Рабочие тетради** и тетради для контрольных работ по русскому языку и математике, рисунки и другие результаты самостоятельной деятельности ребенка.
- 16. Копия заключения** (заключений) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии).

**Явка строго с родителями (законными представителями)!**

(при себе иметь бахилы или вторую обувь)

Руководителю территориальной  
психолого-медико-педагогической комиссии  
Топчий И.А.

от \_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) полностью  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность

кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ когда \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

адрес факт. проживания: \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

ФИО родителя (законного представителя) полностью  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность

кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ когда \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

регистрация по адресу: \_\_\_\_\_

адрес факт. проживания: \_\_\_\_\_

тел.: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Просим провести комплексное психолого – медико - педагогическое  
обследование ребенка \_\_\_\_\_

ФИО ребенка полностью, дата рождения

\_\_\_\_\_ регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

в следующих целях:

- предъявление заключения в Бюро МСЭ для продления и / или оформления инвалидности;
- особые условия прохождения государственной итоговой аттестации (ГИА);
- для предъявления в судебные органы;
- потребность в создании специальных условий обучения и воспитания;
- рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы специалистов:  
учитель-логопед,  
учитель-дефектолог (олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог),  
педагог-психолог.
- иное \_\_\_\_\_

При необходимости данная процедура может включать предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Территориальной психолого-педагогической и медико-социальной помощи или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т. п.).

Ознакомлен (а) с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Прошу представить мне заключение ПМПК и копию особых мнений специалистов (при их наличии).

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

дата оформления направления

Регистрационный № \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /

Подписи родителей (законного представителя) с расшифровкой

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /

Подписи родителей (законного представителя) с расшифровкой





## Направление логопеда

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Речевая среда \_\_\_\_\_

Состояние общей моторики: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Состояние произвольно моторики пальцев рук: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Особенности строения артикуляционного аппарата: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Моторика (двигательные функции губ, челюсти, языка, мягкого неба): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Строение мимической мускулатуры: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фонематическая сторона речи. Звукопроизношение:

Смещение звуков: \_\_\_\_\_ отсутствие звуков: \_\_\_\_\_

Искажение звуков: \_\_\_\_\_ замена звуков: \_\_\_\_\_

Состояние просодии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Слоговая структура слов: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фонематический слух: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фонематическое восприятие: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Понимание речи: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Словарный запас: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Грамматический строй речи (составление предложений, словоизменение, словообразование, употребление грамматических форм): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Связная речь (пересказ, составление рассказа): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заключение: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Логопед: \_\_\_\_\_ Дата заполнения: \_\_\_\_\_

**Подробная выписка из истории развития ребенка для  
представления на ПМПК**

Наименование учреждения, проводившего осмотр \_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения/ возраст: \_\_\_\_\_

Дата выдачи выписки: \_\_\_\_\_ Раннее

развитие:

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Держит голову с  | Гуление с     |
| Переворачивается | Лепет с       |
| Сидит с          | Первые слова  |
| Стоит с          | Простая фраза |
| Ходит с          | Фразовая речь |

Оценка по шкале Апгар \_\_\_\_\_ Масса при рождении \_\_\_\_\_

Наличие инвалидности (да/нет) с какого времени, по какому заболеванию \_\_\_\_\_

| Специалист (ФИО)             | Дата | Заключение / Личная печать врача (подпись) |
|------------------------------|------|--|
| Невролог                     |      |  |
| Детский психиатр             |      |  |
| Логопед                      |      |  |
| Офтальмолог                  |      |  |
| Детский хирург               |      |  |
| ЛОР                          |      |  |
| Травматолог- ортопед         |      |  |
| Педиатр<br>(данные анамнеза) |      |  |



**Психологическое представление на учащегося СОШ для прохождения ТПМПК**

ФИО \_\_\_\_\_

Дата обследования \_\_\_\_\_

Возраст на момент обследования \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

Вариант образовательной программы \_\_\_\_\_ форма получения образования Основные жалобы ( со стороны родителей, педагогов , др. лиц) \_\_\_\_\_

Социально-бытовая ориентировка(знание об окружающем мире, возраст, адрес , родственные связи и т.п.) \_\_\_\_\_

Моторная ловкость (мелкая моторика, моторика в графической деятельности) \_\_\_\_\_

Латеральные предпочтения:

рука \_\_\_\_\_ нога \_\_\_\_\_ глаз \_\_\_\_\_ ухо \_\_\_\_\_

Характер деятельности (целенаправленность, сосредоточенность, импульсивность- инертность, ориентировка на других людей , критичность, адекватность на неуспех и похвалу, гиперактивность, двигательная расторможенность) \_\_\_\_\_

Работоспособность ( колебания, изменения характера деятельности и эмоционального фона при утомлении; влияние мотивации, благоприятный тип мотивации) \_\_\_\_\_

Особенности внимания (сосредоточение, переключение, распределение, связь устойчивости и объема восприятия) \_\_\_\_\_

Особенности памяти (объем непосредственной слухоречевой памяти, скорость запоминания, полнота отсроченного воспроизведения) \_\_\_\_\_

Зрительный гнозис (анализ , синетз, память) \_\_\_\_\_

**Пространственные и временные представления**

Взаиморасположение объектов в пространстве ( наглядно-образный уровень, вербальный уровень )

Представления о временных соотношениях (автоматизированные ряды, причинно-следственные связи) \_\_\_\_\_

Понимание сложных речевых конструкций \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Интеллектуальное развитие**

Уровень понятийного мышления (специфика развития обобщающей функции)

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

Перцептивно-действенное мышление \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Перцептивно- логическое мышление \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Вербально-логическое мышление \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Обучаемость (темп, необходимый объем помощи, перенос навыка) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Эмоционально-личностные особенности.**

Характер отношения со сверстниками ( конфликтность, конформность, лидерство и т.д.)

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

Характер отношения ко взрослым ( педагогам , родителям и др.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Преобладающий эмоциональный фон \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Мотивация к школе, наличие стойких познавательных интересов \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Заключение психолога :**

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

Психолог \_\_\_\_\_  
( ФИО , подпись)

Информация предоставляется образовательными учреждениями  
к 01 сентября нового учебного года на электронную почту (vs\_tpmpk@mail.ru)

Штамп ОУ

Сведения о выполнении рекомендаций ТПМПК по детям, прошедшим обследование в \_\_\_\_\_ учебном году

Дата заполнения: \_\_\_\_\_

| № п/п | ФИО ребенка | Дата рождения | Домашний адрес | МОУ СОШ, класс, (где обучался до обследования, программа) | Дата последнего обследования в ТПМПК, № протокола | Рекомендации ПМПК по программе дальнейшего обучения | Выполнение рекомендаций ТПМПК (МОУ СОШ, класс, по какой программе обучается) |
|-------|-------------|---------------|----------------|---|---|---|--|
| 1     |             |               |                |   |   |   |  |
| 2     |             |               |                |   |   |   |  |
| 3     |             |               |                |   |   |   |  |
| 4     |             |               |                |   |   |   |  |

Руководитель ОУ

Подпись

Ф.И.О

М.П.



Данные динамики развития ребенка за период обучения с выводами о его потенциальных возможностях:

---

---

Предполагаемые причины неблагоприятной динамики:

---

---

Работа специалистов и ПМП консилиума по сопровождению ребенка за истекший период, ее эффективность:

---

---

---

---

Трудности, испытываемые педагогами в работе с данным ребенком:

---

---

---

---

Оценка деятельности педагогического коллектива по психолого-педагогическому и медико-социальному сопровождению ребенка за истекший период (заполняет заместитель директора по УВР):

---

---

---

---

---

---

---

---

Руководитель образовательного учреждения: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Председатель ПМП консилиума: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

М.П.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ  
(ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)**

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ телефон, e-mail

**настоящим даю свое согласие на обработку Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Верхняя Салда 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 и опеке, усыновлении / удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействие в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

**Я даю согласие на использование персональных данных в целях:**

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещенных информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в системе образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

*Приложение 3.1.к договору*

**Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемого достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, использование, распространение ( в том числе, передачу третьим лицам, территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г. Верхняя Салда** гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован \_\_, что **Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г. Верхняя Салда** будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в **Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию г. Верхняя Салда** письменного отзыва.

Согласен / согласна с тем, что **Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г. Верхняя Салда** обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество гражданина

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата / \_\_\_\_\_ / Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ  
ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЕНКА**

Я, \_\_\_\_\_

ФИО полностью в именительном падеже по документу удостоверяющему личность

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
телефон, e-mail

**настоящим даю свое согласие на обработку Территориальной психолого-медико-педагогической комиссии г. Верхняя Салда**

**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 и опеке, усыновлении / удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействие в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

**Я даю согласие на использование персональных данных в целях:**

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещенных информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в системе образования, формирования статистических и аналитических отчетов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

**Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными персональными данными.**

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемого достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение, использование, распространение ( в том числе, передачу третьим лицам, территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г. Верхняя Салда** гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован \_\_, что **Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г. Верхняя Салда** будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путем направления в **Территориальную психолого-медико-педагогическую комиссию г. Верхняя Салда** письменного отзыва.

Согласен / согласна с тем, что **Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия г. Верхняя Салда** обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество гражданина

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата / \_\_\_\_\_ / Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

