

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**территориальной психолого-медико-педагогической комиссии**  
**города Кировска с подведомственной территорией**

Дано \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающего(ей) по адресу:

в том, что он/она был(а) представлен(а) на ТПМПК  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, протокол № \_\_\_\_\_.

**Рекомендации комиссии:**

Оптимальным является обучение по адаптированной образовательной программе (дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего) образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, в классе/группе сверстников с

(недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, вариант ФГОС образования детей с ограниченными возможностями здоровья, возможность обучения в заочной форме с использованием дистанционных образовательных технологий, варианты образовательной инклюзии)

**Нуждается/ не нуждается в создании специальных условий для получения образования** (Федеральный закон Российской Федерации от 129.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.08.2013 № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования»):

1. Использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования \_\_\_\_\_

2. Предоставление услуг тьютора, ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь \_\_\_\_\_

3. Проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий (указывается специалист) \_\_\_\_\_

4. Обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность \_\_\_\_\_

5. Иные условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья \_\_\_\_\_

6. Особое мнение специалистов \_\_\_\_\_

7. Контрольный осмотр, динамическое наблюдение специалистами ТПМПК \_\_\_\_\_

Подписи специалистов ТПМПК, подтверждающие участие в обследовании и гарантии конфиденциальности:

Специалисты ТПМПК	подпись	Ф.И.О.
Врач-психиатр		
Педагог-психолог		
Учитель-дефектолог		
Учитель-логопед		
Социальный педагог		
Другие специалисты		
Секретарь		

Руководитель ТПМПК		
--------------------	--	--

М.П.

С заключением и рекомендациями ТПМПК ознакомлены,

Родитель (законный представитель)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_