

Приложение 8  
Утверждено приказом  
Министерства образования и науки  
Волгоградской области  
от 27 февраля 2014 г. N 177

(в ред. приказа комитета образования и науки  
Волгоградской обл. от 15.06.2015 N 853)

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**центральной психолого-медико-педагогической комиссии**  
(наименование ЦМППК)

**ФИО ребенка** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_ **полных лет** \_\_\_\_\_

**Домашний адрес** \_\_\_\_\_

**Дата обследования** " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. **протокол №** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Физическое развитие: норма/отклонение** (нарушения: слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, генетические, эндокринной системы; новообразования; расстройства питания и обмена веществ; болезни кожи, костно-мышечной системы, нервной системы, мочеполовой системы, органов кровообращения и кроветворения, органов дыхания, иное \_\_\_\_\_).

**Психическое развитие (состояние): норма/отклонение**

- развитие: задержанное, поврежденное, дефицитарное, искаженное, дисгармоническое, недоразвитие;
- нарушения: речи, поведения;
- иное \_\_\_\_\_

**Является/не является** обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

**Нуждается/не нуждается** в создании специальных условий для получения образования.

## Рекомендации по организации обучения и воспитания:

---

---

---

---

---

---

**Режим обучения и воспитания:** с ограничением/без ограничения по времени.

**Рекомендации по созданию специальных условий для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья,** в том числе в образовательных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах (группах) для участия в мероприятиях, направленных на воспитание, развитие и социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья:

---

---

---

---

---

---

---

---

**Использование дистанционных образовательных технологий:** возможно/противопоказано.

### Дополнительные условия:

консультации и сопровождение специалистами медицинского профиля (психиатра, невролога, офтальмолога, оториноларинголога, ортопеда, кардиолога, эпилептолога, генетика, других \_\_\_\_\_) на базе медицинских организаций или учреждений социальной защиты.

**Проведение государственной итоговой аттестации:** с созданием/без создания специальных условий.

---

**Дополнительное обследование:** \_\_\_\_\_

**Диагностический срок:** \_\_\_\_\_

**Руководитель ПМПК:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Специалисты ПМПК:**

Врач-психиатр	_____	/	_____	/
Учитель-дефектолог	_____	/	_____	/
Педагог-психолог	_____	/	_____	/
Учитель-логопед	_____	/	_____	/
	_____	/	_____	/

**Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ЦПМПК ознакомлен(а).**

**Родители (законные представители):** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

Дата выдачи: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.