

Республика Карелия

Муниципальное бюджетное образовательное учреждение дополнительного образования «Центр развития образования» Питкярантского муниципального округа Республики Карелия  
186 810, Республика Карелия, г. Питкяранта, ул. Ленина, д.38-а тел. (8-814 33) 4- 40 -77  
е- mail: [cropmr@mail.ru](mailto:cropmr@mail.ru),

КПП 100501001, БИК 048602001, ОКПО 55485065, ИНН1005020482

ПРОТОКОЛ обследования ребенка № \_\_\_\_\_

Место работы комиссии \_\_\_\_\_

Дата проведения \_\_\_\_\_

**I. Данные о ребенке:**

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_
2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_
3. Наличие инвалидности (да; нет) \_\_\_\_\_
4. Периодичность обращения (первично, повторно) \_\_\_\_\_
5. Инициатор обращения (родители/законные представители; образовательные организации/ППк; ПМПк/повторное обследование; медицинская организация; МСЭ; органы опеки и попечительства; органы социальной защиты; КДН; суд/правоохранительные органы; самостоятельное обращение; ТПМПк) \_\_\_\_\_
6. Образовательная организация (государственная; негосударственная; не посещает) \_\_\_\_\_
7. Образовательная программа \_\_\_\_\_
8. Текущий уровень образования (дошкольный; начальное образование; основное общее образование; среднее общее образование; профессиональное обучение; среднее профессиональное образование; высшее образование; общее образование обучающихся с УО; нет) \_\_\_\_\_
9. Организация обучения (в ОО; на дому; на дому (с посещением ОО); в мед. организации; семейное образование; самообразование; нет) \_\_\_\_\_
10. Домашний адрес \_\_\_\_\_
11. Ф.И.О. родителей (законных представителей) \_\_\_\_\_
12. Состав семьи (полная; неполная) \_\_\_\_\_
13. Контактный номер телефона \_\_\_\_\_

**II. Данные медицинского обследования:**

1. Анамнез:

а. Наследственность и вредные привычки родителей \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

б. Акушерский анамнез (от какой беременности, возраст матери при рождении ребенка, как проходила беременность, болезни матери, как протекали роды, сразу ли закричал ребенок, доношен ли, вес) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в. Развитие основных статистических функций (с какого возраста держит головку, сидит, ходит, появление первых слов, фраз, готовой речи) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

г. Перенесенные ребенком заболевания в возрасте до 3-х лет \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

д. Перенесенные заболевания после 3-х лет \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

е. Особенности развития по периодам:

ясельный \_\_\_\_\_

дошкольный \_\_\_\_\_

школьный \_\_\_\_\_

2. Осмотры и заключения врачей-специалистов (заполняется врачами-специалистами или педиатром делается выписка из истории развития ребенка):

а. Педиатр \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

б. Окулист \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в. Отоларинголог \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

г. Невропатолог \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

д. Психиатр \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

е. Хирург \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ж. Ортопед \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Выписку из истории развития ребенка сделал (должность, фамилия, дата, печать) \_\_\_\_\_

**III. Данные психолого-педагогического обследования ребенка (заполняется специалистами ПМПК):**

1. Запас общих представлений \_\_\_\_\_

2. Зрительное восприятие \_\_\_\_\_

3. Память \_\_\_\_\_

4. Пространственная ориентация \_\_\_\_\_

5. Мышление \_\_\_\_\_

6. Знания, умения и навыки в пределах программных требований \_\_\_\_\_

7. Внимание \_\_\_\_\_

8. Работоспособность, отношение к обследованию, критичность, использование помощи, особенности личности\_\_

---

---

---

**IV. Логопедическое заключение**

---

---

---

**V. Психиатрическое заключение**\_\_\_\_\_

---

---

м.п.

Руководитель ТПМПК \_\_\_\_\_

Специалисты ТПМПК:

Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_

Педагог-психолог \_\_\_\_\_

Учитель-логопед \_\_\_\_\_

Социальный педагог \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Заключение получено \_\_\_\_\_