

## **График заседаний ПМПК:**

**Понедельник с 8-00 до 11-00**

**Четверг с 13-00 до 16-00**

**Часы приема документов и  
консультаций родителей:**

**ежедневно с 8-00 до 17-00**

**обед с 12-00 до 13-00**

**Тел. 8 (3537) 63-97-32**

## **Специалисты ПМПК:**

**Председатель ПМПК – Булатова Татьяна  
Алексеевна**

**Специалист-дефектолог – Буфетова  
Виктория Владимировна**

**Специалист-логопед – Гергель Галина  
Михайловна**

**Специалист-психолог – Байгужина Эллина  
Риннатовна**

**Для прохождения обследования в ПМПК необходимо  
предоставить:**

Для проведения обследования ребенка его родители (законные представители) предъявляют в комиссию документ, удостоверяющий их личность, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка (оригинал и копию), а также представляют следующие документы:

а) заявление (законные представители) о проведении обследования ребенка в комиссии (Приложение 1);

б) бегунок с прошедшим обследованием в поликлинике (Приложение 2);

в) карточка ребенка с поликлиники;

г) копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

д) направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

е) копия коллегиального заключения (заключений) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций);

ж) заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

з) характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций).

к) рабочие тетради учащегося / работы воспитанников.

Директору ИМДЦ Аксёновой Т.Г.  
от (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

проживающего по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу обследовать моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата рождения)

с целью определения образовательного маршрута.

Обследование первичное или повторное (нужное подчеркнуть).

Даю согласие на обработку и хранение персональных данных.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_  
(подпись)

---

На медосмотр для ПМПК направляется

Фамилия, имя ребенка

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Дом адрес \_\_\_\_\_

СОШ № \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

ЛОР \_\_\_\_\_

Окулист \_\_\_\_\_

Логопед \_\_\_\_\_

Педиатр \_\_\_\_\_

На медосмотр для ПМПК направляется

Фамилия, имя ребенка

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Дом адрес \_\_\_\_\_

МДОАУ № \_\_\_\_\_

Психиатр \_\_\_\_\_

Невролог \_\_\_\_\_

ЛОР \_\_\_\_\_

Окулист \_\_\_\_\_

Логопед \_\_\_\_\_

Педиатр \_\_\_\_\_