У К Р А Ї Н А

# ІЗЯСЛАВСЬКА РАЙОННА

# ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНА КОНСУЛЬТАЦІЯ

**30300, м. Ізяслав, вул. Незалежності, 43**

**e-mail:** **pmpkizs@i.ua**

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

 З метою своєчасного виявлення та обліку дітей з особливими освітніми потребами та створення банку даних про них за видами порушень і визначення для них адекватних форм психолого-педагогічної та соціально-медичної допомоги

 адміністрації шкіл подати :

1.інформацію про:

 - дітей з особливими освітніми потребами( до 15.09.2017р.)

 - дітей-інвалідів ( до 15.09.2017 р.)

 - дітей, які не охопленні навчанням та знаходяться вдома( до 15.09.2017 р.)

2. До 15.09.2017 року подати інформацію про учнів, які потребують консультації логопеда (вказати кількість учнів, клас, П.І.П учня)

 **Банк даних дітей з особливими потребами**

 ( назва закладу)

**Таблиця 1**

**Інформація про дітей з особливими потребами, які навчаються в ЗНЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ станом на 15.09.2017 року**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **з/п** | **Клас** | **Зір**  | **Слух** | **ОПР** | **ЗПР** | **ЛРВ** | **Порушення мовлення**  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Всього:** |  |  |  |  |  |  |

ОПР- порушення опорно-рухового апарату

ЗПР- затримка психічного розвитку

ЛРВ- легка розумова відсталість

**Примітка:** в таблиці зір, слух, ОПР прописуєте **кількість** учнів,а ЗПР, ЛРВ прописуєте П.І.П учня під таблицею.

**Таблиця 2**

 **Інформація про дітей-інвалідів**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п | П.І.П.дитини | Клас | Датанародження | Діагноз | Підстава( № посвідчення, дата якою видано) | Місце проживання  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Таблиця 3**

 **Інформація про дітей, які знаходяться вдома і не охопленні навчанням**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п | П.І.П.дитини | Датанародження | Діагноз | Клас | Підстава (документ який підтверджує, що дитина може знаходитися вдома) | Місце проживання |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Таблиця 4**

**До 15.09.2017 Інформація про дітей, які знаходяться на інклюзивній формі навчання**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п | П.І.П.дитини | Датанародження | Діагноз | Клас | Підстава (документ який підтверджує, що дитина може навчатися інклюзивно) | Місце проживання |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Таблиця 5**

**До 15.09.2017 Інформація про дітей, які знаходяться на індивідуальній формі навчання**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №з/п | П.І.П.дитини | Датанародження | Діагноз | Клас | Підстава (документ який підтверджує, що дитина може навчатися індивідуально) | Місце проживання |
|  |  |  |  |  |  |  |

3. До 15.09.2017 подати :

1.Копію наказу «Про організацію індивідуального навчання»;

2.Копію тижневого навантаження вчителів

3.Копію розкладу індивідуальних занять.

Директор школи