(шапка названия учреждения)

**Заключение**

**психолого-медико-педагогического консилиума**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Школа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Класс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество родителей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Кем направлен на ПМПк - классным руководителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Причина обращения - снижение познавательной деятельности, расторможенность поведения

Заключение - эмоционально-волевая сфера носит неустойчивый характер, снижена\_\_ познавательная и учебная деятельность, работоспособность

Рекомендации - организовать обучение по индивидуальному учебному плану по адаптированной основной образовательной программе основного общего образования для умственно отсталых обучающихся класса в 2014 – 2015 учебном году.

*Приложение:*

1. Медицинское представление. Дата \_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дефектологическое представление Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Психологическое заключение Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Педагогическое заключение Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Логопедическое заключение Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Заключение социального педагога Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие документы, представленные на консилиум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Председатель ПМП-консилиума \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** М.П.

**Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Учитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Секретарь ПМПк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

 *Подпись ФИО*

 *(для перевода на обучение по индивидуальному учебному плану)*

Шапка названия учреждения

|  |  |
| --- | --- |
|  | Выписка из протокола ПМПк (название учреждения) от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. №\_\_\_ |

**Заключение**

**психолого-медико-педагогического консилиума**

**Фамилия, имя, отчество обучающегося:**

**Дата рождения обучающегося:**

**Адрес проживания:**

**Коллегиальное заключение**

Психофизические возможности обучающегося соответствуют возрасту, уровень обучения

соответствует классу адаптированной основной образовательной программы основного общего образования для умственно отсталых обучающихся.

**Рекомендации консилиума**

Обучение по адаптированной основной образовательной программе основного общего образования для умственно отсталых обучающихся программе класса в 2014-2015 учебном году.

**Председатель ПМП-консилиума \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Учитель-дефектолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Учитель-логопед \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Педагог-психолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** М.П.

**Социальный педагог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Учитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Секретарь ПМПк \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Родитель (законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

 *Подпись ФИО*

*(для определения образовательного маршрута обучения для вновь прибывших обучающихся)*