**Порядок работы с детьми с ОВЗ**

**в образовательной организации**

В соответствии с пунктом 3 статьи 44 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации» родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся **имеют право:**

- **выбирать до завершения получения ребенком основного общего образования с учетом мнения ребенка, а также с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии** (при их наличии) формы получения образования и формы обучения……;

- получать информацию о всех видах планируемых обследований (психологических, психолого-педагогических) обучающихся, **давать согласие** на проведение таких обследований или участие в таких обследованиях, **отказаться от их проведения или участия в них**, получать информацию о результатах проведенных обследований обучающихся.

Часть 3 статьи 55 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации» определяет особый порядок приема детей на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии: дети с ограниченными возможностями здоровья принимаются на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии.

Согласно пункта 23 Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 года № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» заключение психолого-медико-педагогической комиссии носит **для родителей** (законных представителей) детей **рекомендательный характер.**

**Представленное** родителями (законными представителями) детей **заключение** **ПМПК является основанием для создания** образовательными организациями **в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.**

Заключение психолого-медико-педагогической комиссии действительно для представления в образовательные организации **в течение календарного года с даты его подписания.**

В соответствии с пунктом 28 статьи 2 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации» **адаптированная образовательная программа** – это образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

 **Порядок работы**

1. Согласие **(заявление)** родителя законного представителя на обучение ребенка с ОВЗ по адаптированной образовательной программе на основании рекомендаций ПМПК (приложение № 1). Заверенная копия заключения ПМПК прилагается.
2. **Заявление или согласия родителей** (законных представителей**)** на психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь ребенку с ОВЗ (приложение № 2).
3. Согласие родителей (законных представителей) на передачу информации третьим лицам, и размещение в БД ОВЗ (приложение № 3). В случае не согласия оформляется отказ (приложение № 3).
4. Разработка адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования (АООП НОО), или адаптированной основной общеобразовательной программы основного общего образования (АООП ООО), или адаптированной основной общеобразовательной программы среднего общего образование (АООП СОО). Соответствующий уровень общего образования для ребенка с ОВЗ рекомендуется в заключении ПМПК.

АООП соответствующего уровня общего образования разрабатывается в срок не более 10 дней с момента обращения родителя (законного представителя).

1. Разработка адаптированной образовательной программой (АОП) для конкретного ребенка с учетом конкретных рекомендаций ПМПК для данного ребенка и на срок действия данных рекомендация (срок действия заключения ПМПК, указанный в заключении) определяющей содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

АОП разрабатывается в срок не более 10 дней с момента обращения родителя (законного представителя) обучающегося.

6. Утверждение АООП, АОП в установленном нормативно-правовыми актами порядке.

7. Разработка и утверждение рабочих программ по образовательным областям, программ коррекционно-развивающей области, программ оказания психолого-педагогической, медико-социальной помощи обучающемуся с ОВЗ.

1. Приказ руководителя образовательной организации о создании **специальных условий для получения образования и оказании психолого-педагогической, медико-социальной помощи** обучающемуся с ОВЗ, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида *(издается на срок действия заключения ПМПК)*.

Приказ о создании специальных условий для получения образования и оказании психолого-педагогической, медико-социальной помощи обучающемуся с ОВЗ издается не позднее 10 дней с момента обращения родителя (законного представителя) обучающегося с ОВЗ (приложение № 4).

9. Приказ руководителя образовательной организации об обеспечении реабилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида, содержащейся в выписке из ИПРА ребенка-инвалида (план мероприятий по реализации индивидуальной программой реабилитации (абилитации) ребенка-инвалида) издается в течение 10 дней после приема информации содержащейся в ИПРА ребенка-инвалида (электронный вариант ИПРА в единой базе учета детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов Омской области, для обучающихся получивших инвалидность после 01.01.2016 года; бумажный вариант выписки из ИПРА или ИПРА для обучающихся получивших инвалидность в более ранние сроки (до 01.01.2016 года)).

Приказ руководителя образовательной организации об обеспечении реабилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида издается на срок действия ИПРА (приложение № 5).

*Приказ издается только в случае, если обучающийся с ОВЗ имеет статус «ребенок-инвалид» и в образовательную организацию направлена электронная форма ИПРА или родитель (законный представитель) предоставил ИПРА.*

10. Динамическое наблюдение ПМП-консилиума не реже 2 раз в учебном году.

11. Ведение рабочей документации, в том числе ПМПк, специалистов службы ППМС-помощи (сопровождения).

Приложение № 1

Директору

БОУ г. Омска «Средняя общеобразовательная школа № …….»

………………………………………….

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированного по адресу:

г. Омск, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу:

г. Омск, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СОГЛАСИЕ (ЗАЯВЛЕНИЕ)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Даю свое согласие и прошу организовать обучение в бюджетном общеобразовательном учреждение города Омска «Средняя общеобразовательная школа № …….» моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

 фамилия, имя ,отчество ребенка

по адаптированной образовательной программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ общего образования

 уровень общего образования

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

категория нарушения/ФГОС ОВЗ/ФГОС О УО

на период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии № \_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Приложение:

1. Копия заключения ПМПК.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 2

Директору

БОУ г. Омска «Средняя общеобразовательная школа № …….»

………………………………………….

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрированного по адресу:

г. Омск, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего по адресу:

г. Омск, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ (СОГЛАСИЕ)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

В соответствии с требованиями пункта 3 статьи 42 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации» даю свое согласие и прошу организовать в бюджетном общеобразовательном учреждение города Омска «Средняя общеобразовательная школа № …….» психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 фамилия, имя ,отчество ребенка

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 3

СОГЛАСИЕ

РОДИТЕЛЯ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО родителя или законного представителя)

паспорт : серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем выдан)

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

(в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

являясь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО несовершеннолетнего)

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – образовательная организация)

(полное наименование образовательной организации в соответствии с Уставом)

персональных данных несовершеннолетнего, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес регистрации и места жительства, № СНИЛС, рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии, создание необходимых условий для обучения и воспитания ребенка в образовательной организации.

**Я даю согласие** на использование персональных данных несовершеннолетнего исключительно в следующих целях: обработка, сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, подтверждение, использование, размещение в электронной Базе данных детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов Омской области (далее - БД детей с ОВЗ), передача третьим лицам, имеющим доступ к БД детей с ОВЗ (Министерство образования Омской области, департаменты Администрации г. Омска, КУ ОО «Центр ПМСС», БУ «ГЦПМСПП» г. Омска) с целью мониторинга состояния системы образования и сопровождения детей с ОВЗ и детей-инвалидов Омской области, качества деятельности служб психолого-педагогического и медико-социального сопровождения (ППМС-службы) и обеспечения вариативных условий качественного образования детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление действий в отношении персональных данных несовершеннолетнего, которые необходимы для достижения указанной выше цели, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я проинформирован(-а), что образовательная организация гарантирует обработку персональных данных несовершеннолетнего в соответствии с действующим законодательством РФ как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

201\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи

ОТКАЗ

 РОДИТЕЛЯ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ОТ ОБРАБОТКИ И ПЕРЕДАЧИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(ФИО родителя или законного представителя)

паспорт : серия \_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем выдан)

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

(в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство)

являясь законным представителем несовершеннолетнего\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., приходящегося мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО несовершеннолетнего)

зарегистрированного по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю свое согласие на обработку в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(далее – образовательная организация)

(полное наименование образовательной организации в соответствии с Уставом)

персональных данных несовершеннолетнего, относящихся исключительно к перечисленным ниже категориям персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес регистрации и места жительства, № СНИЛС, рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии, созданию необходимых условий для обучения и воспитания ребенка в образовательной организации.

**Я не даю согласия** на использование персональных данных несовершеннолетнего исключительно в следующих целях: обработка, сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, подтверждение, использование, размещение в электронной Базе данных детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов Омской области (далее - БД детей с ОВЗ), передача третьим лицам, имеющим доступ к БД детей с ОВЗ (Министерство образования Омской области, департаменты Администрации г. Омска, КУ ОО «Центр ПМСС», БУ «ГЦПМСПП» г. Омска), с целью мониторинга состояния системы образования и сопровождения детей с ОВЗ и детей-инвалидов Омской области, качества деятельности служб психолого-педагогического и медико-социального сопровождения (ППМС-службы) и обеспечения вариативных условий качественного образования детей с ОВЗ и детей-инвалидов.

Я подтверждаю, что, давая такое не согласие, я действую по собственной воле и в интересах несовершеннолетнего.

201\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 подпись расшифровка подписи

Приложение № 4

Бюджетное общеобразовательное учреждение города Омска

«Средняя общеобразовательная школа № …….»

**ПРИКАЗ**

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г. № \_\_\_\_

О создании специальных условий

для обучения ………………..

 Ф.И.О. обучающегося

В соответствии с требованиями Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации», на основании заявления родителя (законного представителя) и с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г. № \_\_\_\_, руководствуясь Уставом бюджетного общеобразовательного учреждения города Омска «Средняя общеобразовательная школа № …….», утвержденного приказом директора департамента образования Администрации города Омска от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,

приказываю:

1. Создать специальные условия для получения образования обучающемуся \_\_\_ класса \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

 фамилия, имя, отчество обучающегося

1.1. Организовать обучение и воспитание адаптированной образовательной программе, определяющей содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья на период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии;

1.2. Использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов *(при наличии рекомендаций в заключении ПМПК);*

1.3. Обеспечение специальными техническими средствами обучения коллективного и индивидуального пользования *(при наличии рекомендаций в заключении ПМПК);*

1.4. Предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающемуся необходимую техническую помощь *(при наличии рекомендаций в заключении ПМПК);*

1.5. Проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий.

1.6. Обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимся с ограниченными возможностями здоровья *(при наличии рекомендаций в заключении ПМПК).*

2. Организовать оказании психолого-педагогической, медико-социальной помощи обучающемуся с ОВЗ.

3. Назначить педагога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 фамилия, имя, отчество

сопровождающим обучающегося с ОВЗ.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 должность, фамилия, имя, отчество

Директор Ф.И.О.

С приказом ознакомлены:

Приложение № 5

Бюджетное общеобразовательное учреждение города Омска

«Средняя общеобразовательная школа № …….»

**ПРИКАЗ**

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г. № \_\_\_\_

Об обеспечении реабилитационных мероприятий,

предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида

………………..

 Ф.И.О. обучающегося

В соответствии с Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм», Порядком информационного взаимодействия по обеспечению индивидуальной программы реабилитации (абилитации) ребенка-инвалида (ИПРА) в системе образования, утвержденным Министром образования Омской области 06.10.2017, руководствуясь Уставом бюджетного общеобразовательного учреждения города Омска «Средняя общеобразовательная школа № …….», утвержденного приказом директора департамента образования Администрации города Омска от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,

приказываю:

1. Организовать работу по обеспечению реабилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА ребенка-инвалида\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 фамилия, имя, отчество обучающегося

обучающегося \_\_\_\_ класса, содержащейся в выписке из ИПРА ребенка-инвалида (план мероприятий по реализации индивидуальной программой реабилитации (абилитации) ребенка-инвалида) (приложение) на период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. в соответствии со сроком ИПРА.

1.1. Организовать обучение по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 общеобразовательная программа/адаптированная образовательная программа

 /специальные педагогические условия для получения образования (СИПР)

1.2. Организовать психолого-педагогическую и медико-социальную помощь согласно плана мероприятий.

1.3. Организовать профориентационную работу с обучающимся *(при наличии в ИПРА)*

2. Назначить ответственным сопровождающим за выполнение плана мероприятий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

 должность, фамилия, имя, отчество

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 должность, фамилия, имя, отчество

Директор Ф.И.О.

С приказом ознакомлены:

Приложение

|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано с родителями (законными представителями) \_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ год | УТВЕРЖДАЮДиректор БОУ г. Омска «Средняя общеобразовательная школа № …….» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.« » 20\_\_\_г. |

ПЛАН

мероприятий по реализации индивидуальной программой реабилитации (абилитации) ребенка-инвалида

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. р.

 фамилия, имя, отчество обучающегося

срок реализации: с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование мероприятия | Исполнитель мероприятия |  Исполнение мероприятия |  %исполнения | Отметка о выполнении (невыполнении, причины)  |
| 1. Условия организации обучения\* |
| 1.1 |  |  |  |  |  |
| 2. ППМС-помощь \*\* |
| 1 | Психолого-педагогическое консультирование инвалида и его семьи |   |   |  |  |
| 2 | Педагогическая коррекция |   |   |  |  |
| 3 | Психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса |   |   |  |  |
| 4 | Комплексное обследование | ПМПк |   |  |  |
| 5 |  |  |   |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
| 3. Профориентация\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 4. Передвижение (коляска)\*\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  |
| 5. Сопровождение по зрению\*\*\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  |
| 6. Собака-проводник\*\*\*\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  |
| 7. Жестовый язык (переводчик)\*\*\*\*\*\*\* |
|  |  |  |  |  |  |
| 8. Уяснение порядка\*\*\*\*\*\*\*\* |
|  | Уяснение порядка  |  | при издании приказа |  |  |
| 9. Иная помощь |
|  |  |  |  |  |  |

**Примечания:**

\* указывается одна из программ (ООП…..; АОП………; специальные педагогические

 условия для получения образования (СИПР);

\*\* указываются конкретные условия и мероприятия: реализуемые коррекционно-развивающие программы, программы сопровождения, количество занятий (консультативных встреч) в неделю (месяц, год);

\*\*\* указываются конкретные профориентационные мероприятия *(при наличии ИПРА)*;

 Мероприятия по разделы с 4 по 9 указываются только если они предусмотрены ИПРА ребенка-инвалида.

 В случае отсутствия требований ИПРА по выполнению разделов с 3 по 9 строки можно удалять.