

OT

Ф. И. О. ребенка: _____ . Дата рождения: _____

C. 1 u3 2

9. Специальные технические средства обучения: специальные компьютерные инструменты обучения / компьютеры для детей, имеющих тяжелые поражения рук / простые технические средства, применяемые для оптимизации процесса письма / ассистивные и вспомогательные технологии.

10. Требование к организации пространства: _____
(в соответствии с ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ)

Направления коррекционной работы в образовательной организации:

11. Педагог-психолог: _____

12. Учитель-логопед: _____

13. Учитель-дефектолог: _____

14. Социальный педагог: _____

15. Тьютор: _____

16. Другие специальные условия: по медицинским показаниям ведущего врача / согласно индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) / соблюдение индивидуального ортопедического режима

Срок проведения обследования с целью ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ранее данных комиссией рекомендаций

(при переходе с одного уровня образования на следующий)

Срок проведения обследования с целью УТОЧНЕНИЯ/ИЗМЕНЕНИЯ ранее данных комиссией рекомендаций

(при переходе с одного уровня образования на следующий)

Руководитель ПМПК	_____	/	_____
	(подпись)		(расшифровка подписи)
Педагог-психолог	_____	/	_____
	(подпись)		(расшифровка подписи)
Учитель-логопед	_____	/	_____
	(подпись)		(расшифровка подписи)
Учитель-дефектолог	_____	/	_____
	(подпись)		(расшифровка подписи)
Социальный педагог	_____	/	_____
	(подпись)		(расшифровка подписи)

Дата выдачи рекомендаций ПМПК: _____

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ознакомлен (а). Оригинал получен.

_____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)