

ОБЛАСТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОУ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ  
И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «ЦЕНТР ПАТОЛОГИИ РЕЧИ»

СОГЛАСОВАНО

Директор ОГБОУ «Центр ППМС  
«Центр патологии речи»

*Колесникова* Е.А. Колесникова

« 26 » 12 20 23 г.



УТВЕРЖДЕНО

Собранием трудового коллектива  
ОГБОУ «Центр ППМС

«Центр патологии речи»

(протокол от « 26 » 12 20 23 № 3)



**ПОЛОЖЕНИЕ  
О ПРАВИЛАХ ПРИЁМА в  
ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи»**

г.Димитровград 2023 год

## **1. Общие положения**

1.1 Настоящие Правила приема детей в областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи»» (далее – Правила), разработаны в целях определения единого порядка комплектования областного государственного бюджетного образовательного учреждения «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи» (далее - Центр) детьми, нуждающимися в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

1.2 Правила разработаны в соответствии с:

1.1. Настоящие Правила внутреннего распорядка учащихся разработаны в соответствии с:

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральным законом № 618-ФЗ от 19.12.2023 "О внесении изменений в Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации";
- санитарно-эпидемиологическими требованиями, утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 28 сентября 2020 г. № 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»;
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 апреля 2023 г. п 240 «Об утверждении порядка и условий осуществления перевода обучающихся из одной организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, в другие организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам соответствующих уровня и направленности»
- методическими рекомендациями Министерства образования и науки Российской Федерации «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» от 10.02. 2015 г № ВК-268/07;
- Уставом ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи».

## **II. Правила приема детей**

2.1. В Центр принимаются дети в возрасте от 6 лет 6 месяцев до 18 лет:

- с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью;

2.2. Дети принимаются в Центр из других образовательных организаций Ульяновской области путем перевода.

2.3. Перевод несовершеннолетнего обучающегося осуществляется по инициативе его родителей (законных представителей).

2.4. В случае перевода родители (законные представители) обучающегося обращаются в исходную образовательную организацию с заявлением об отчислении обучающегося в связи с переводом в ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» (приложение 1).

2.5. В заявлении об отчислении в порядке перевода в ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» указываются: фамилия, имя, отчество обучающегося; дата рождения; класс; наименование принимающей организации.

2.6. На основании заявления родителей (законных представителей) обучающегося исходная организация в трехдневный срок издает распорядительный акт об отчислении обучающегося в порядке перевода с указанием принимающей организации.

2.7. Исходная организация выдает родителям (законным представителям) обучающегося следующие документы:

- личное дело обучающегося;
- документы, содержащие информацию об успеваемости в текущем учебном году (на детей школьного возраста);
- другие документы по запросу Центра.

2.8. Документы на обучающегося предоставляются родителями (законными представителями) вместе с заявлением о зачислении обучающегося в Центр (приложение 2) и предъявлением оригинала документа, удостоверяющего личность родителя (законного представителя).

2.9. Зачисление обучающегося в Центр оформляется распорядительным актом директора Центра в течение трех рабочих дней после приема заявления и документов.

2.8. Родители (законные представители) заключают с учреждением договор об образовании и оказании ППМС помощи на курс коррекционно-развивающего сопровождения (приложение №2) или договор оказания ППМС помощи на курс коррекционно-развивающих занятий (приложение №3). Договор оформляется в двух экземплярах, один экземпляр хранится в учреждении, другой выдается родителям (законным представителям). При заключении договора заявитель предъявляет паспорт или другие документы, подтверждающие статус законного представителя ребенка.

2.10. Центр при зачислении обучающегося, отчисленного из исходной организации, в течение двух рабочих дней с даты издания приказа о зачислении обучающегося письменно уведомляет исходную организацию о номере и дате приказа о зачислении (приложение 3).

2.11. При приеме ребенка в Центр родитель (законный представитель) знакомится с нормативно-правовыми документами Центра - Уставом, Лицензией на осуществление образовательной деятельности, с образовательной (ыми) программой (ами) и другими документами, регламентирующими организацию и осуществление образовательной деятельности, правами и обязанностями обучающихся (ст.55 ФЗ от 29 декабря 2012г. №273-ФЗ «Об Образовании в Российской Федерации»). Факт ознакомления родителей (законных представителей), в том числе через информационную систему с нормативными и правоустанавливающими документами фиксируется в заявлении о зачислении ребёнка в учреждение и заверяется личной подписью родителей (законных представителей). Подписью родителей (законных представителей) обучающегося фиксируется информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку их персональных данных и персональных данных ребёнка, в порядке, установленном законодательством.

2.12. Прием детей в Центр осуществляется с целью:

- предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, адаптированных основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;
- осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам начального общего образования;
- осуществления образовательной деятельности по адаптированным основным общеобразовательным программам начального общего образования;

2.13. Государственная услуга предоставляется бесплатно.

2.14. Основаниями для отказа в приеме в Центр выступают:

- отсутствие полного пакета надлежаще оформленных документов, необходимых для предоставления государственной услуги;
- предоставление документов, оформленных с нарушением требований законодательства РФ или утративших силу документов;
- несоответствие сведений из документа, удостоверяющего личность получателя услуги, сведениям о получателе услуги в представленном пакете документов;
- несоответствие статуса заявителя на получение услуги (наличие у заявителя медицинских или возрастных противопоказаний к освоению основных общеобразовательных программ соответствующего уровня и направленности);
- отсутствие свободных мест в Центре;
- медицинские показания (в случае если ребенок находится в стадии заболевания, либо обострения хронических заболеваний).

2.15. Количество мест для приема определяется исходя из норм предельной численности контингента, устанавливаемых государственным заданием, а также условий, созданных для осуществления образовательного процесса с учетом санитарных норм и штатных возможностей Центра

III. Документация при поступлении в Центр.

3.1. Для получения государственной услуги заявителем предоставляются следующие документы, которые формируются в личное дело обучающегося/воспитанника:

- письменное заявление одного из родителей (законных представителей) несовершеннолетнего получателя услуги;
- заключение ПМПК ;
- медицинская справка ф.079/у (оформляется участковым врачом-педиатром **не позднее дня заезда!**) с анализами: кал на я/г + соскоб на энтеробиоз;
- справка об эпид.окружении за 3 дня до отъезда (от школы и по месту жительства);
- сведения о прививках по возрасту:
  - \*Детям до 15 лет реакция Манту не более 1 года или R-лёгких;
  - \*Детям старше 15 лет- результаты флюорографии + р.Манту (или Диаскин-тест)
- свидетельство о рождении ребенка (копия);
- медицинская карта ребенка;
- копия личного дела обучающегося;
- педагогическая характеристика из образовательной организации;
- копия постановления об установлении опеки (для детей из опекаемых семей);
- копии ИПРА, справки МСЭ (при наличии инвалидности).
- родители, имеющие детей-инвалидов при приёме должны иметь копию справки об инвалидности и амбулаторную карту для врача;
- страховой мед.полис (копия);

По мере пребывания обучающегося в Центре личное дело дополняется следующими документами:

- представления специалистов Центра (психолога, логопеда, дефектолога);
- педагогическая характеристика Центра;
- индивидуальная программа коррекционно-развивающей работы;

IV. Условия комплектования и сопровождения.

4.1. Комплектование на каждый учебный год осуществляется согласно годовому календарному плану- графику. На учебный год планируется, девять курсов сопровождения продолжительностью 21-24 дня.

4.2. Сроки предоставления государственной услуги – с момента приема получателя услуги в Центр до завершения получения услуги. Продолжительность обучения, коррекционно-развивающих (компенсирующих) занятий в каждом конкретном случае зависит от индивидуальных психологических особенностей детей и содержания оказываемой им психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи.

4.3. Количественный состав групп и классов определяется Комплектованием на каждый учебный год, а также нормами СанПин и Методическими рекомендациями Министерства образования и науки Российской Федерации № ВК-268/07 от 10.02.2015 г. «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи» (п. 4).

Минимальный количественный состав класса - 5 человек, максимальный – 10 человек. В классах для детей с РАС, тяжелыми и множественными нарушениями развития численность обучающихся устанавливается до 6 человек (в зависимости от тяжести нарушений).

4.4. Период сопровождения может быть сокращен по решению ППк Центра или по желанию родителей (законных представителей) ребенка.

4.5. По окончании срока сопровождения в Центре обучающимся выдаётся пакет документов, включающий: рекомендации специалистов по дальнейшей работе с обучающимся, характеристику, ведомость текущих отметок успеваемости.

4.6. Обучающиеся могут оставить Центр по следующим причинам:

- заявление родителей (законных представителей);
  - выявившаяся невозможность дальнейшего обучения в Центре по заключению врачебной комиссии;
  - другие случаи, не противоречащие законодательству РФ.
- 4.7. Посещение обучающихся/воспитанников родителями (законными представителями) разрешено в выходной день с 8.00 до 17.00.

2.6. Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь оказывается в следующих формах:

- курс коррекционно-развивающего сопровождения – реализуется согласно плана-графика (с круглосуточным проживанием в учреждении);
- курс коррекционно-развивающих занятий – реализуется согласно срокам коррекционно-развивающих программ (без проживания в учреждении) в течение всего учебного года на освободившиеся места.

2.7 Проведение курса коррекционно-развивающего сопровождения и курса коррекционно– развивающих занятий осуществляется на основании протокола психолого-педагогической консилиума учреждения.

2.8. Родители (законные представители) заключают с учреждением договор об образовании и оказании ППМС помощи на курс коррекционно-развивающего сопровождения (приложение №2) или договор оказания ППМС помощи на курс коррекционно-развивающих занятий (приложение №3). Договор оформляется в двух экземплярах, один экземпляр хранится в учреждении, другой выдается родителям (законным представителям). При заключении договора заявитель предъявляет паспорт или другие документы, подтверждающие статус законного представителя ребенка.

2.14. При поступлении на курс коррекционно-развивающих занятий согласно срокам коррекционно-развивающих программ (без проживания в учреждении) необходимо иметь:

- заключение ПМПК (копия) об установлении статуса ребёнка с ограниченными возможностями здоровья;
- свидетельство о рождении (копия); детям старше 14 лет - паспорт

2.17. При выявлении случая жестокого обращения с обучающимся со стороны родителя (законного представителя), руководствуясь, Конвенцией о правах ребенка; Конституцией РФ; Семейным кодексом Российской Федерации; Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях; Уголовным кодексом Российской Федерации; Федеральным законом от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений»; Федеральным законом от 24 июля 1998 года № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»; Федеральным законом от 24 апреля 2008 года № 48-ФЗ «Об опеке и попечительстве»; Федеральным законом от 10 декабря 1995 года № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации»; Федеральным законом от 2 мая 2006 года № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»; Закона № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» врачу или медицинской сестре, необходимо:

- немедленно сообщить директору ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» о выявленном случае жестокого обращения с обучающимся;
- директор ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» незамедлительно сообщает по телефону в органы ОПДН.

### **3. Противопоказания для направления в ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи»**

3.1. На основании ФЗ №124 «Об основных гарантиях прав ребёнка РФ», приказа Министерства здравоохранения РФ от 13.06.2018 №327н « Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха», в организации отдыха и оздоровления направляются несовершеннолетние, не имеющие следующих медицинских противопоказаний:

- соматические заболевания в острой и подострой стадии, хронические заболевания в стадии обострения, в стадии декомпенсации;
- инфекционные и паразитарные болезни, в том числе с поражением глаз и кожи, инфекации (педикулез, чесотка) – в период до окончания срока изоляции;
- установленный диагноз «бактерионосительство возбудителей кишечных инфекций, дифтерии»;
- активный туберкулез любой локализации;
- наличие контакта с инфекционными больными в течение 21 календарного дня перед заездом;
- отсутствие профилактических прививок в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;
- злокачественные новообразования, требующие лечения, в том числе проведения химиотерапии;
- эпилепсия с текущими приступами, в том числе резистентная к проводимому лечению;
- эпилепсия с медикаментозной ремиссией менее 1 года (за исключением образовательных организаций, осуществляющих организацию отдыха и оздоровления обучающихся в каникулярное время с дневным пребыванием);
- кахексия;
- психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением психоактивных веществ, а также иные психические расстройства и расстройства поведения в состоянии обострения и (или) представляющие опасность для больного и окружающих;
- хронические заболевания, требующие соблюдения назначенного лечащим врачом режима лечения (диета, прием лекарственных препаратов для медицинского применения и специализированных продуктов лечебного питания) (для детских лагерей палаточного типа).

### **4. Сопровождение обучающегося.**

4.1 Обучающиеся, нуждающиеся в сопровождении и (или) индивидуальной помощи в связи с имеющимися физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, могут находиться на курсе коррекционно-развивающего сопровождения (с круглосуточным проживанием) в сопровождении законных представителей или иных лиц при наличии заверенной в установленном порядке доверенности и мед.справки о состоянии здоровья сопровождающего лица. В этом случае сопровождающий находится в ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» на внебюджетной основе.

### **5. Порядок отчисления обучающихся.**

5.1. Отчисление обучающихся производится приказом директора учреждения в случае:

- по инициативе родителей (законных представителей) на основании заявления родителей (законных представителей);
- согласно протокола ПМПк.

5.2. По окончании курса психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи оформляется акт приема-передачи ребенка.

5.3. При отсутствии ребенка в учреждении по неизвестной причине более суток, оставляем за собой право снять ребенка с питания, сообщить в отдел опеки и попечительства, а также в муниципальный орган управления образованием по месту жительства ребенка.

---

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_

Директору ОГБОУ «Центр ППМС  
«Центр патологии речи»  
**Колесниковой Елене Анатольевне**  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О полностью родителей(законных представителей)*

Тел \_\_\_\_\_

Я,

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. совершеннолетнего, заключающего договор от своего имени, или Ф.И.О. родителя (законного представителя) несовершеннолетнего или наименование организации, предприятия, с указанием Ф.И.О, должности лица, действующего от имени юридического лица), действующий(ая) в интересах:

\_\_\_\_\_  
(ф.И.О. несовершеннолетнего, дата рождения, адрес места жительства)

\_\_\_\_\_  
прошу предоставить мне государственную услугу:

- организация предоставления общего образования по адаптированным основным общеобразовательным программам начального общего образования;
- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;
- содержание.

Даю согласие, в случае необходимости, на проведение дополнительной диагностики уровня освоения программ и психолого-педагогической диагностики.

С лицензией на осуществление образовательной деятельности и Уставом ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» ознакомлен.

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ об образовании и оказании ППМС помощи  
(курс коррекционно-развивающего сопровождения)**

г. Димитровград

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

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. «Заказчика»)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» («законный представитель»), с другой стороны, действующий в интересах своего ребенка \_\_\_\_\_, заключили настоящий договор о нижеследующем.

### **1. Предмет договора.**

1.1. Предметом настоящего договора является реализация права в соответствии со ст.42 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 г. на *психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации*, оказываемые специалистами Исполнителя на безвозмездной основе.

1.2. Ребенок зачисляется в Центр приказом директора по факту заключения настоящего договора, на основании письменного заявления родителей, законных представителей, лиц, их заменяющих.

### **2. Обязанности и права Исполнителя.**

#### **2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказать следующие виды государственных услуг:

- реализация адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;
- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- содержание детей.

2.1.2. Осуществлять реализацию ООП НОО для учащихся начального звена и использовать форму самообразования для учащегося среднего и старшего звена (ФЗ «Об образовании в РФ» ст.17 п.1)

2.1.3. Осуществлять доврачебную медицинскую помощь по:

- медицинскому массажу;
- сестринскому делу в педиатрии;
- физиотерапии.

2.1.4. Осуществлять первичную врачебную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии.

2.1.5. Предоставить в пользование ребёнка учебную, оздоровительную, культурно-спортивную базу Центра ППМС.

2.1.6. Реализация дополнительной программы воспитания.

2.1.7. Гарантировать защиту прав и свобод личности ребенка (124-ФЗ РФ).

2.1.8. Нести ответственность за жизнь и здоровье ребёнка во время прохождения курса психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, в течение курса коррекционно-развивающего сопровождения (24 дней круглосуточного пребывания) (ст. 41, п.1,4 ФЗ-273 от 29.12.2012г. Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации»).

2.1.9. Соблюдать режим работы Центра ППМС (режим дня, учебные и воспитательные коррекционно-развивающие мероприятия) в соответствии с действующим Положением и СанПин.

2.1.10. Обеспечить ребёнка, прибывшего в Центр ППМС для прохождения курса коррекционно-развивающего сопровождения жилой комнатой, питанием, комплексом услуг (ФЗ-273 от 29.12.2012г. ст. 79 п.7 Закон об образовании в Российской Федерации)

2.1.11. Информировать Родителей (законных представителей) по всем вопросам, связанным с пребыванием ребёнка в Центре ППМС.

#### **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1 Самостоятельно определять индивидуальную программу коррекционно-развивающей работы.

2.2.2. В соответствии с положением о приеме в Центр ППМС отчисление ребёнка производится приказом директора на основании заявления Родителей (законных представителей) и согласно протокола ПМПк ОГБОУ Центра ППМС «Центр патологии речи».



### 3. Обязанности и права Заказчика (родитель, законный представитель).

#### 3.1. Заказчик (родитель, законный представитель) обязуется:

3.1.1. Обеспечить доставку ребенка за свой счет до ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» в день заезда, а так же обеспечить отъезд ребенка в день окончания курса коррекционно-развивающего сопровождения с 8-00 до 12-00, с подписанием акта приемки-сдачи к договору.

3.1.2. Предоставлять полную и достоверную информацию и необходимые документы, запрашиваемые специалистами Исполнителя, как при заключении настоящего Договора, так и в процессе его исполнения.

3.1.3. Соблюдать рекомендации педагогов, связанные с развитием, воспитанием и обучением; своевременно и в полном объеме закреплять умения и навыки, полученные ребенком на занятиях

#### 3.2. Заказчик (родитель, законный представитель) имеет право:

3.2.1. Получать информацию по всем вопросам, связанным с психолого-педагогической, медицинской и социальной помощью, коррекционно-развивающей и оздоровительной работой с обучающимися.

3.2.2. Участвовать в управлении Учреждения в соответствии с Уставом и Положением о родительском комитете.

3.2.3. Обращаться к Исполнителю по вопросам разрешения возникающих конфликтов в процессе обучения ребенка.

### 4. Срок действия договора

4.1. Настоящий договор действует с \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

### 5. Ответственность сторон

5.1 Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору.

### 6. Особые условия.

6.1. При заболевании ребёнка препятствующего дальнейшему пребыванию в Центре ППМС, ребёнка госпитализируют в городскую больницу города Димитровграда по направлению врача. О необходимости госпитализации решение принимает врач Центра ППМС с последующим предупреждением Родителя (законного представителя).

6.2. Центр ППМС не несет ответственность за сохранность денежных средств, мобильных телефонов и иных ценных вещей ребенка, хранящихся в личных вещах.

6.3. Я, \_\_\_\_\_ даю согласие на размещение фото и видеоматериалов моего ребенка с целью освещения системы работы на сайте: [www.logo-center.dimitrovgrad.info](http://www.logo-center.dimitrovgrad.info) и [vk.com/club89969785](https://vk.com/club89969785) ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи».

6.4. Досрочный отъезд возможен на основании заявления Родителя (законного представителя).

### 7. Заключительные условия

7.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.2. Исправления и дописки текста данного Договора недопустимы.

7.3. Ни одна из Сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия другой Стороны.

7.4. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя сторонами обязательств по настоящему договору.

### 8. Реквизиты сторон

#### Исполнитель:

ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи»

433507, Ульяновская обл., г. Димитровград, ул. Театральная, д. 5

ИНН 7302017780 КПП 730201001

Министерство финансов Ульяновской области

(ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» л/сч 20273136723) (ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи»)

р/с № 40601810573084000001

Отделение Ульяновск

г. Ульяновск БИК 047308001

тел./факс: 3-92-59 e-mail: kou2pat@mail.ru

#### Заказчик (родитель, законный представитель):

Ф.И.О: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

#### Директор

\_\_\_\_\_ Е.А. Колесникова

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

## ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ об образовании и оказании ППМС помощи (курс коррекционно-развивающих занятий)

г. Димитровград

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

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. «Заказчика»)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» («законный представитель»), с другой стороны, действующий в интересах своего ребенка \_\_\_\_\_, заключили настоящий договор о нижеследующем.

### 1. Предмет договора.

1.1. Предметом настоящего договора является реализация права в соответствии со ст.42 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 г. на *психолого-педагогическую, медицинскую и социальную помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации*, оказываемые специалистами Исполнителя на безвозмездной основе.

1.2. По настоящему договору в соответствии со ст. 42 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 г. Заказчик поручает, а Исполнитель берет на себя обязательство по оказанию услуги согласно Приложению №1 настоящего договора.

1.3. Зачислить ребенка на курс коррекционно-развивающих занятий, без питания, без сна, без оплаты.

1.4. Ребенок зачисляется в Центр приказом директора по факту заключения настоящего договора, на основании письменного заявления родителей, законных представителей, лиц, их заменяющих.

### 2. Обязанности и права Исполнителя.

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать следующие виды деятельности:

- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;

2.1.2. Предоставить в пользование ребёнка учебную базу Центра ППМС.

2.1.3. Гарантировать защиту прав и свобод личности ребенка (124-ФЗ РФ).

2.1.4. Нести ответственность за жизнь и здоровье ребёнка во время прохождения курса коррекционно-развивающих занятий (ст. 41, п.1,4 ФЗ-273 от 29.12.2012г Федеральный Закон «Об образовании в Российской Федерации»).

2.1.5. Соблюдать режим работы Центра ППМС (режим дня, учебные и воспитательные коррекционно-развивающие мероприятия) в соответствии с действующим СанПин.

#### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 Самостоятельно определять индивидуальную программу коррекционно-развивающей работы.

### 3. Обязанности и права Заказчика (родитель, законный представитель).

#### 3.1. Заказчик (родитель, законный представитель) обязуется:

3.1.1 Предоставлять полную и достоверную информацию и необходимые документы, запрашиваемые специалистами Исполнителя, как при заключении настоящего Договора, так и в процессе его исполнения.

3.1.2. Соблюдать рекомендации педагогов, связанные с развитием, воспитанием и обучением; своевременно и в полном объеме закреплять умения и навыки, полученные ребенком на занятиях

3.1.3. Посещать курсы коррекционно-развивающих занятий согласно расписания (приходить на занятие за 15 минут до начала).

#### 3.2. Заказчик (родитель, законный представитель) имеет право:

3.2.1. Получать информацию по всем вопросам, связанным с коррекционно-развивающей работой с обучающимся.

3.2.2. Обращаться к Исполнителю по вопросам разрешения возникающих конфликтов в процессе обучения Ребенка.

### 4. Ответственность сторон

4.1 Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору.

## 5. Особые условия.

5.1. В случае причинения ребенком вреда имуществу Центра ППМС, причиненный вред возмещается Родителем (законным представителем) в полном объеме согласно ст.1073, 1074 ГК РФ. Оценка ущерба производится комиссией с ознакомлением Родителя (законного представителя).

5.2. Я, \_\_\_\_\_ даю согласие на размещение фото и видеоматериалов моего ребенка с целью освещения системы работы на сайте: [www.logo-center.dimitrovgrad.info](http://www.logo-center.dimitrovgrad.info) и [vk.com/club89969785](https://vk.com/club89969785) ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи», а также обработку персональных данных моих и моего ребенка.

## 6. Заключительные условия

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.2. Исправления и дописки текста данного Договора недопустимы.

6.3. Ни одна из Сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия другой Стороны.

6.4. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения принятых на себя сторонами обязательств по настоящему договору.

## 7. Реквизиты сторон.

### Исполнитель:

**ОГБОУ «Центр ППМС**

**«Центр патологии речи»**

433507, Ульяновская обл.,

г. Димитровград,

ул. Театральная, д. 5

**ИНН 7302017780 КПП 730201001**

Министерство финансов Ульяновской области

(ОГБОУ «Центр ППМС

«Центр патологии речи»

л/сч 20273136723)

(ОГБОУ «Центр ППМС

«Центр патологии речи»)

**р/с № 40601810573084000001**

Отделение Ульяновск

г. Ульяновск **БИК 047308001**

тел./факс: 3-92-59

e-mail: kou2pat@mail.ru

**Директор**

\_\_\_\_\_ **Е.А. Колесникова**

### Заказчик (родитель, законный представитель):

Ф.И.О: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
Ф.И.О. родителя (законного представителя)

проживающий по адресу (регистрация) \_\_\_\_\_,  
паспорт № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
являясь родителем (законным представителем) \_\_\_\_\_  
(далее — ребенка), в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных», подтверждаю своё согласие на обработку наименования организации (далее – Оператор), расположенному по адресу: Ульяновская область, г. Димитровград, ул. Театральная, 5, персональных данных ребенка и своих персональных данных.

Согласие дается мною для целей обеспечения оказания Оператором образовательных услуг в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», обеспечения оказания в электронном виде государственных и муниципальных услуг в сфере образования на территории Ульяновской области в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2010 N 210-ФЗ "Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг" и Распоряжения Правительства Российской Федерации от 17.12.2009 № 1993-р.

Настоящее согласие распространяется на следующую информацию: ФИО; Дата рождения; Место рождения; Пол; СНИЛС; Гражданство; Реквизиты свидетельства о рождении: серия и номер, дата выдачи, кем выдан; Реквизиты документа, удостоверяющего личность: тип документа, серия и номер, дата и место выдачи, кем выдан; Адрес регистрации по месту жительства; Адрес регистрации по месту пребывания; Адрес фактического места жительства; Информация о трудной жизненной ситуации; Родители (или иные законные представители): Мать: ФИО, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность. Отец: ФИО, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность. Законный представитель (не являющийся родителем): тип законного представителя, ФИО, дата рождения, реквизиты документа, удостоверяющего личность, документ, удостоверяющий положение законного представителя по отношению к ребенку; Информация о здоровье: Инвалидность: группа инвалидности.; Наличие потребности в адаптированной программе обучения; Наличие потребности в длительном лечении; Участие в мероприятиях (конкурсах и т.д.): название мероприятия, статус мероприятия, дата участия, результаты участия, присвоены разряды (звания); Прочие достижения. Результаты обучения по основным общеобразовательным программам: Организация образования субъекта Российской Федерации; Заявление о приеме; Зачисление; Дата зачисления; Реквизиты распорядительного акта о зачислении.

До моего сведения доведена информация, что Оператор принимает необходимые и достаточные технические и организационные меры для защиты персональных данных ребенка и моих персональных данных от неправомерного или случайного доступа, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения, а также от иных неправомерных действий с ними со стороны третьих лиц.

Согласие предоставляется на осуществление действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая передачу в муниципальный орган управления образованием и Министерство образования и науки Ульяновской области, в Федеральный сегмент единой межведомственной системы учета контингента обучающихся в целях обеспечения оказания в электронном виде услуг в сфере образования через региональный портал государственных услуг, в статистических или иных исследовательских целях, направленных на повышение качества образования. Даю согласие на размещение фото и видеоматериалов моего ребенка с целью показа системы работы на сайте: [www.logo-center.dimitrovgrad.info](http://www.logo-center.dimitrovgrad.info) и [vk.com/club89969785](http://vk.com/club89969785) ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи».

Настоящее согласие действует с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: ,паспорт: \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Даю информированное добровольное согласие на вид медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого являюсь, в **областном государственном бюджетном образовательном учреждении «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи»**, действующем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-73-01-001777 от 14.04.2017 года.

Колесниковой Еленой Анатольевной- директором ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724, 2012, № 26, ст. 3442,3446).

2. Я извещен (а) о том, что мне (представляемому) необходимо немедленно сообщить врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств, если нет пробы «ТВС реакция Манту» (больше 1 года), не возражаю от дополнительного обследования R-легких.

3. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальное непереносимости лекарственных препаратов/обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторов физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о применяемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных подопечного в ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии речи». Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах своего подопечного.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО гражданина или законного представителя)

Е.А.Колесникова

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(директор учреждения)

**Акт приемки –сдачи**

к договору об образовании и оказании ППМС помощи № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

г. Димитровград

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Наименование услуг:

- организация предоставления общего образования по адаптированным основным общеобразовательным программам начального общего образования;
- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся;
- содержание.

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

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий от своего имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка

далее «Ребенок» с одной стороны, и Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи» (далее Центр ППМС), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, составили настоящий акт о том, что:

1. Исполнитель выполнил все работы (оказал услуги), предусмотренные договором № \_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г . в полном объеме.
2. Замечаний по качеству выполненных Исполнителем работ(услуг) не имеется.

Настоящий акт составлен в 2-х (двух) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

**Исполнитель:**

**Заказчик:**

Директор

\_\_\_\_\_  
Е.А.Колесникова

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

**Акт приемки –сдачи**

к договору оказания ППМС помощи № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г

г. Димитровград

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Наименование услуг:

- психолого-педагогическое консультирование обучающихся, их родителей (законных представителей) и педагогических работников;
- коррекционно-развивающая, компенсирующая и логопедическая помощь обучающимся

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

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий от своего имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка

далее «Ребенок» с одной стороны, и Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи» (далее Центр ППМС), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, составили настоящий акт о том, что:

3. Исполнитель выполнил все работы (оказал услуги), предусмотренные договором № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г . в полном объеме.
4. Замечаний по качеству выполненных Исполнителем работ(услуг) не имеется.

Настоящий акт составлен в 2-х (двух) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

**Исполнитель:**

**Заказчик:**

Директор  
\_\_\_\_\_ Е.А.Колесникова

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

**Акт приема –передачи ребенка**

по окончанию курса психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи

г. Димитровград

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Областное государственное бюджетное образовательное учреждение «Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Центр патологии речи», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Колесниковой Елены Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. должность, ОО и МО)  
именуемый(ая) в дальнейшем «сопровождающее лицо», с другой стороны, действующего в интересах ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, г.р., заключили настоящий акт о  
нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется передать, а сопровождающее лицо принять данного ребенка для сопровождения до места проживания.
2. Ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка возлагаю на себя, претензий не имею (согласно ст. 63 Семейного кодекса РФ).

**Исполнитель:**

**ОГБОУ «Центр ППМС  
«Центр патологии речи»**  
433507, Ульяновская обл.,  
г. Димитровград, ул. Театральная, д. 5  
**ИНН 7302017780 КПП 730201001**  
Министерство финансов Ульяновской  
области  
(ОГБОУ «Центр ППМС «Центр патологии  
речи»  
**л/сч 20273136723)**  
(ОГБОУ «Центр ППМС  
«Центр патологии речи»)  
**р/с № 40601810573084000001**  
Отделение Ульяновск  
г. Ульяновск **БИК 047308001**  
тел./факс: 3-92-59  
e-mail: kou2pat@mail.ru

**Сопровождающее лицо:**

Ф.И.О: \_\_\_\_\_  
Документ, удостоверяющий личность:  
Паспорт \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Телефон: \_\_\_\_\_

Директор \_\_\_\_\_ Е.А. Колесникова

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_  
(подпись)



## Приложение

Директору ОГБОУ «Центр ППМС  
«Центр патологии речи»  
**Колесниковой Елене Анатольевне**  
от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Ф.И.О полностью*

Тел \_\_\_\_\_

**Заявление № \_\_\_\_\_**

От « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Прошу Вашего разрешения забрать моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*фамилия имя, дата рождения ребёнка*

по семейным обстоятельствам.

Ответственность за жизнь и здоровье моего ребенка возлагаю на себя, претензий не имею (согласно ст. 63 Семейного кодекса РФ).

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя (законного представителя)

/ \_\_\_\_\_  
расшифровка подписи

В данной папке пропущено,  
пропущено и скреплено печатью  
\_\_\_\_\_ листов

*ml*  
(пропущено)

Директор: \_\_\_\_\_ Е. А. Колесникова

М.П.

