



РЕСПУБЛИКА ДАГЕСТАН
МУНИЦИПАЛЬНОЕ КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ»
АДМИНИСТРАЦИИ ГОРОДСКОГО ОКРУГА «ГОРОД
КАСПИЙСК»

368300 г. Каспийск, ул.Мира 4-а,

e-mail: kaspguo@mail.ru

тел.(факс) 8(246) 5-12-90

раб. 5-20-05

№ 01-19/1676-а

«27» 09 2021г.

Руководителям
образовательных организаций

О предоставлении образовательными
организациями сведений об
обучающихся с ограниченными
возможностями здоровья

В соответствии с пунктом части 5 статьи 5 Федерального закона от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» в целях обеспечения создания необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья МКУ «Управление образования» просит вас предоставить полные и актуальные сведения о детях с ограниченными возможностями здоровья не позднее 10.10.2021 г. согласно прилагаемой форме.

Сведения необходимо направить на адрес электронной почты kaspguo@mail.ru (МКУ «Управление образования Администрации ГО «г.Каспийск»).

Приложение : на 2 л. в 3 экз.

Начальник

Л. Абрамова

Приложение 1

ФОРМА предоставления сведений об обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

(наименование организации, осуществляющей образовательную деятельность)

Сведения об обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (с указанием конкретных специальных условий обучения и воспитания, в которых нуждаются такие обучающиеся)	Должность ответственного лица:
	_____ Подпись _____ / _____ / ФИО Контактные данные:

Сведения:

	количество детей с ОВЗ, из них:
	детей с ОВЗ, которые получают помощь в консультационном центре
	детей с ОВЗ, обучающихся по образовательной программе дошкольного образования
	детей с ОВЗ, обучающихся по образовательной программе начального общего образования
	детей с ОВЗ, обучающихся по образовательной программе основного общего образования
	детей с ОВЗ, обучающихся по образовательной программе среднего общего образования
	детей, обучающихся по АООП в диагностических группах дошкольной образовательной организации и раннего возраста
	детей, обучающихся по АООП глухих детей/обучающихся обучающихся по АООП слабослышащих и позднооглохших детей обучающихся
	детей, обучающихся по АООП детей, перенёвших операцию по кохлеарной имплантации
	детей, обучающихся по АООП слепых детей/обучающихся
	детей, обучающихся по АООП слабовидящих детей/обучающихся
	детей, обучающихся по АООП детей с амблиопией и косоглазием
	детей, обучающихся по АООП детей/обучающихся с тяжёлыми нарушениями речи

	детей, обучающихся по АООП детей/обучающихся с нарушениями опорнодвигательного аппарата
	детей, обучающихся по АООП детей/обучающихся с задержкой психического развития
	детей, обучающихся по АООП детей/обучающихся с РАС
	детей, обучающихся по АООП Детей/обучающихся с умственной отсталостью, I вариант
	детей, обучающихся по АООП Детей/обучающихся с умственной отсталостью, II вариант
	детей, обучающихся по АООП детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития
	О специальных условиях обучения и воспитания согласно заключению ПМПК, ИППР ребенка-инвалида, ППК из них:
	оказание помощи педагогом-психологом
	оказание помощи учителем-логопедом
	оказание помощи учителем-дефектологом
	оказание помощи тьютором
	оказание помощи ассистентом (помощником)
	оказание помощи сурдопедагогом
	оказание помощи тифлопедагогом
	оказание помощи тифлосурдопедагогом
	предоставление других специальных условия обучения и воспитания (указать конкретно)

Руководитель организации,
осуществляющей образовательную
деятельность

(подпись)

/ ФИО /

Приложение 2

МБОУ "СОШ № _____"					
№	ФИО	класс	программа обучения		предоставление услуг (указать: ассистента, тьютора, логопеда, дефектолога и др.)
			основная	адаптированная (указать вид) *	
1					
2					
3					