

**Муниципальное образование Сургутский район  
МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА -  
Детский сад «Соловушка»**

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ МАРШРУТ РЕБЕНКА С ОВЗ № \_\_\_\_\_**

на 20\_\_\_\_ - 20\_\_\_\_ учебный год

**ФИО ребенка** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_ **Возраст** \_\_\_\_\_

**Возрастная группа** \_\_\_\_\_

**Запрос, формулируемый родителями** \_\_\_\_\_

**Ответственный специалист** \_\_\_\_\_

**Дата утверждения: ПМПк от** \_\_\_\_\_

**Участники сопровождения :**

**Педагоги группы**

\_\_\_\_\_

**Другие специалисты:**

**Медицинский работник**

**Логопед**

**Психолог**

**Дефектолог**

**Социальный педагог**

**Инструктор по физическому воспитанию**

**Музыкальный работник**

**СОГЛАСОВАНО :**

**Заведующий МБДОУ**

\_\_\_\_\_ А.В.Писковая

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

**ОЗНАКОМЛЕННЫ:**

**Родители ( законные представители) ребенка**

Подпись \_\_\_\_\_ **ФИО** \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ **ФИО** \_\_\_\_\_



**УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

со сроком реализации \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. - \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

№	НОД	Количество занятий в неделю
<b>Непосредственно – образовательная деятельность</b>		
1	Ознакомление с окружающим миром.	
2	Познаю мир	
3	Развитие речи	
4	ФЭМП	
5	Обучение грамоте	
6	Рисование	
7	Лепка\аппликация	
8	Музыка	
9	Физкультурное	
<b>Обязательные индивидуальные и групповые коррекционные занятия</b>		
10	Занятия с учителем-логопедом	
11	Занятия с учителем-дефектологом	
12	Занятия с педагогом-психологом	

**РАСПИСАНИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ и  
КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩИХ ЗАНЯТИЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ППМС МБДОУ****Понедельник**

<b>Время</b>	<b>Вид деятельности</b>	<b>Форма проведения</b>	<b>Исполнитель</b>

**Вторник**

<b>Время</b>	<b>Вид деятельности</b>	<b>Форма проведения</b>	<b>Исполнитель</b>

**Среда**

<b>Время</b>	<b>Вид деятельности</b>	<b>Форма проведения</b>	<b>Исполнитель</b>

**Четверг**

<b>Время</b>	<b>Вид деятельности</b>	<b>Форма проведения</b>	<b>Исполнитель</b>

**Пятница**

<b>Время</b>	<b>Вид деятельности</b>	<b>Форма проведения</b>	<b>Исполнитель</b>

**ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПИМС СОПРОВОЖДЕНИЯ  
( по результатам комплексного диагностического обследования)**

	<b>Первичное</b> (дата обследования)	<b>Промежуточное</b> (дата обследования)	<b>Итоговое</b> (дата обследования)
<b>Медицинский работник</b>	_____	_____	_____
<b>Воспитатель</b>	_____	_____	_____
<b>Педагог-психолог</b>	_____	_____	_____
<b>Учитель – логопед</b>	_____	_____	_____
<b>Учитель-дефектолог</b>	_____	_____	_____

**ОРГАНИЗАЦИЯ КОРРЕКЦИОННО-РАЗВИВАЮЩЕЙ РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ППМС**

<b>№</b>	<b>Специалист</b>	<b>Задачи</b>	<b>Предполагаемый результат</b>
1	Учитель-логопед		
2	Учитель-дефектолог		
3	Педагог-психолог		

**ОБЩИЙ ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ С СЕМЬЕЙ РЕБЕНКА С ОВЗ,  
НАХОДЯЩЕГОСЯ НА ППМС СОПРОВОЖДЕНИИ**

<b>№</b>	<b>Сроки</b>	<b>Тема</b>	<b>Цель</b>	<b>Результат</b>
1				
2				
3				
4				
6				
7				

**Примечание :** при наличии потребности (запроса) дополнительно проводятся индивидуальные консультации специалистов с родителями воспитанников с ОВЗ

**СВЕДЕНИЯ О НАЛИЧИИ ДИНАМИКИ  
(ЗАКЛЮЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ПМПк МБДОУ):**

**середина учебного года:**

Дата \_\_\_\_\_

**ФИО и подписи специалистов:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Ознакомлены:** \_\_\_\_\_

**Подпись родителей:** \_\_\_\_\_

**на конец учебного года:**

Дата \_\_\_\_\_

**ФИО и подписи специалистов:**

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Ознакомлены:** \_\_\_\_\_

**Подпись родителей:** \_\_\_\_\_