


# Проектирование индивидуального образовательного маршрута ребенка – инвалида, или ребенка с ОВЗ


МДОУ 103 компенсирующего вида

Руководитель ГМО Чеблокова ОВ

ч. 1 ст. 79 Федерального закона  
"Об образовании в Российской  
Федерации" от 29.12.2012 № 273:

- «... содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида»

- 
- Для получения общего образования детьми с ОВЗ в общеобразовательных организациях должны разрабатываться соответствующие адаптированные основные общеобразовательные программы (отдельными документами) с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей.



Индивидуальная программа  
реабилитации или абилитации  
ребенка – инвалида, выдаваемая  
федеральными  
государственными  
учреждениями медико –  
социальной экспертизы

- Реабилитация – комплекс мероприятий, имеющих своей конечной целью восстановление каких-либо умений и способностей, ранее утраченных ввиду произошедшей травмы либо заболевания.
- Абилитация - комплекс разнообразных лечебно-педагогических мероприятий, направленных на как можно более полное лечение тех патологических состояний у еще не имеющих навыков и опыта проживания в социуме малышей раннего возраста, которые без должного внимания врачей и педагогов приведут к стойкой потере возможности учиться, работать и быть когда-либо полезным членом общества. Конечной целью абилитации является приобретение или развитие еще не сформированных навыков и умений.

ФКУ "ГБ МСЭ по Республике Коми" Минтруда России  
Бюро медико-социальной экспертизы №12

(наименование федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы)

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
РЕАБИЛИТАЦИИ ИЛИ АБИЛИТАЦИИ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА,  
ВЫДАВАЕМАЯ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ**

ИПРА ребенка-инвалида № \_\_\_\_\_ к протоколу проведения  
медико-социальной экспертизы гражданина № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

1. Дата разработки ИПРА ребенка-инвалида: \_\_\_\_\_

**Общие данные о ребенке-инвалиде**

2. Фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

3. Дата рождения: день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

4. Возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года число полных месяцев): 6 лет

5. Пол: 5.1  мужской 5.2  женский

6. Гражданство:

6.1 <input checked="" type="checkbox"/> гражданин Российской Федерации	6.2 <input type="checkbox"/> гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	6.3 <input type="checkbox"/> лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации
--	---	---

7. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное место жительства за пределы Российской Федерации) (указываемое подчеркнуть):

7.1. государство: Российская Федерация

7.2. почтовый индекс: 169313

7.3. субъект Российской Федерации: Коми Респ

7.4. район: \_\_\_\_\_

7.5. населенный пункт (7.5.1  Городское поселение 7.5.2  сельское поселение): Ухта г

7.6. улица: \_\_\_\_\_

7.7. дом/корпус/строение: д. \_\_\_\_\_

7.5. квартира: \_\_\_\_\_

8. Лицо без определенного места жительства:

9. Наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации \_\_\_\_\_

10. Место постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с местом жительства данный пункт не заполняется):

10.1. государство: \_\_\_\_\_

10.2. почтовый индекс: \_\_\_\_\_

10.3. субъект Российской Федерации: \_\_\_\_\_  
10.4. район: \_\_\_\_\_  
10.5. населенный пункт: \_\_\_\_\_  
10.6. улица: \_\_\_\_\_  
10.7. дом/корпус/строение: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
10.8. квартира: \_\_\_\_\_

11. Лицо без постоянной регистрации   
12. Контактная информация:  
12.1. контактные телефоны: \_\_\_\_\_  
12.2. адрес электронной почты: \_\_\_\_\_  
13. Страховой номер индивидуального лицевого счета: \_\_\_\_\_

14. Документ, удостоверяющий личность инвалида (указать наименование документа):  
Свидетельство о  
рождении серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ УАГС г.Ухта  
когда выдан \_\_\_\_\_

15. Фамилия, имя, отчество (при наличии) законного (уполномоченного) представителя ребенка-инвалида (нужное подчеркнуть):  
\_\_\_\_\_  
(заполняется при наличии законного (уполномоченного) представителя)

15.1. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):  
Паспорт гражданина  
России серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ УФМС г. Ухта РК  
когда выдан 07.02.2014

15.2. документ, удостоверяющий личность законного (уполномоченного) представителя (нужное подчеркнуть) (указать наименование документа):  
Паспорт гражданина  
России серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_ УФМС г. Ухта РК  
когда выдан 07.02.2014

16. Показания к проведению реабилитационных или абилитационных мероприятий:

Перечень ограничений основных категорий жизнедеятельности	Степень ограничения (1, 2, 3)
способности к самообслуживанию:	Вторая
способности к передвижению:	Первая
способности к ориентации:	Не нарушена
способности к общению:	Вторая
способностей к обучению:	Вторая
способностей к трудовой деятельности	Не нарушена
способностей к контролю за своим поведением	Вторая

17. ИПРА ребенка-инвалида разработана впервые, повторно (нужное подчеркнуть)  
на срок до: \_\_\_\_\_  
(после предлога "до" указывается первое число месяца, следующего за тем месяцем, на который назначено переосвидетельствование, и год, на который назначено очередное переосвидетельствование, либо делается запись "бессрочно")

18. Дата выдачи ИПРА ребенка-инвалида: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2016 г.



**Мероприятия медицинской реабилитации или абилитации**

Заключение о нуждаемости (нуждаемости) в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий медицинской реабилитации или абилитации
<b>Медицинская реабилитация</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Министерство здравоохранения Республики Коми
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Реконструктивная хирургия</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
<b>Протезирование и ортезирование</b>		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Санаторно-курортное лечение (предоставляется в рамках оказания государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг)		

Прогнозируемый результат:

восстановление нарушенных функций частично

достижение компенсации утраченных либо

формирование отсутствующих функций частично

**Мероприятия психолого-педагогической реабилитации или абилитации**

Заключение о нуждаемости (нуждаемости) в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий психолого-педагогической реабилитации или абилитации
<b>Рекомендации по условиям организации обучения</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Министерство образования и молодежной политики Республики Коми
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Психологическая помощь, оказываемая в образовательной организации		



<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Министерство образования молодежной политики Республики Коми
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Профессиональная ориентация, оказываемая в образовательной организации		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Заключение об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования:		

Прогнозируемый результат: оказание психологической помощи

**Мероприятия профессиональной реабилитации или абилитации**

Заключение о нуждемости (ненуждемости) в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждемости в проведении мероприятий профессиональной реабилитации или абилитации
Профессиональная ориентация, осуществляемая в органе службы занятости		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Рекомендации по условиям организации обучения		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Содействие в трудоустройстве		
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		
Заключение об отсутствии или наличии противопоказаний для обучения по программам бакалавриата и программам специалитета в образовательных организациях высшего образования:		
Рекомендации по трудоустройству		
Доступные виды труда		Трудовые действия (функции), выполнение которых затруднено

Рекомендуемые условия труда
Рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства ребенка-инвалида с учетом нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности и производственной адаптации

Прогнозируемый результат: \_\_\_\_\_

**Мероприятия социальной реабилитации или абилитации**

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении мероприятий социальной реабилитации или абилитации
Социально-средовая реабилитация или абилитация		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Коми
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-психологическая реабилитация или абилитация		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Коми
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социокультурная реабилитация или абилитация		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Коми
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Социально-бытовая адаптация		
<input checked="" type="checkbox"/> Нуждается	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Министерство труда, занятости и социальной защиты Республики Коми
<input type="checkbox"/> Не нуждается		
Рекомендации по оборудованию специальными средствами и приспособлениями жилого помещения, занимаемого ребенком-инвалидом		

Прогнозируемый результат:

достижение способности к самообслуживанию	частично
восстановление навыков бытовой деятельности	частично
формирование навыков бытовой деятельности	частично
восстановление социально-средового статуса	частично

**Физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом**

Заключение о нуждаемости (ненуждаемости) в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Срок исполнения заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом	Исполнитель заключения о нуждаемости в проведении физкультурно-оздоровительных мероприятий, занятий спортом
<input type="checkbox"/> Нуждается		
<input checked="" type="checkbox"/> Не нуждается		

**Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств федерального бюджета**

Перечень ТСР и услуг по реабилитации	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации
Обувь ортопедическая сложная на утепленной подкладке: 2 пары в год	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми
Обувь ортопедическая сложная без утепленной подкладки: 2 пары в год	с 01.06.2016 до 01.06.2017	Государственное учреждение - региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

<p align="center"><b>Заключение о наличии или отсутствии необходимости сопровождения ребенка-инвалида к месту нахождения организации, в которую выдано направление для получения ТСР за счет средств федерального бюджета, и обратно:</b></p>
<p>нуждается в сопровождении</p>

**ТСР, предоставляемые ребенку-инвалиду за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации, за счет средств ребенка-инвалида либо других лиц или организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности**

Перечень ТСР и услуг по реабилитации	Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации	Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением ТСР и услуг по реабилитации

Товары и услуги, предназначенные для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала

<p>Перечень товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала</p>	<p>Срок проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала</p>	<p>Исполнитель проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий с применением товаров и услуг, предназначенных для социальной адаптации и интеграции в общество детей-инвалидов, на приобретение которых направляются средства (часть средств) материнского (семейного) капитала</p>
--	---	--

**Виды помощи, оказываемые ребенку-инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, предоставляющими услуги населению**

1. Помощь ребенку-инвалиду, передвигающемуся в кресле-коляске, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски

Нуждается

Не нуждается

2. Сопровождение ребенка-инвалида, имеющего стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание ему помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур

Нуждается

Не нуждается

3. Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в которых предоставляются услуги, собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение в соответствии с законодательством Российской Федерации

Нуждается

Не нуждается

4. Предоставление ребенку-инвалиду по слуху при необходимости услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика

Нуждается

Не нуждается

5. Оказание необходимой помощи ребенку-инвалиду в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий

Нуждается

Не нуждается

6. Иная необходимая ребенку-инвалиду помощь в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг наравне с другими лицами (вписать):

Примечания: 1. Исполнителем заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) по направлению реабилитации или абилитации указываются региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации; орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствующей сфере деятельности: в сфере социальной защиты населения; сфере охраны здоровья; сфере образования; в области содействия занятости населения; в области физической культуры и спорта; фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка-инвалида (его законного или уполномоченного представителя).

2. Сроки исполнения заключения о нуждаемости в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий (проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий) должны соответствовать сроку, на который разработана ИПРА ребенка-инвалида.

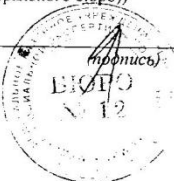
3. В случае вынесения заключения о ненуждаемости ребенка-инвалида в проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий срок исполнения и исполнитель данного заключения не указываются.

С содержанием ИПРА ребенка-инвалида согласен

\_\_\_\_\_  
(подпись ребенка-инвалида или его  
законного представителя (подчеркнуть))

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Руководитель бюро  
(главного бюро, Федерального бюро)  
медико-социальной экспертизы  
(уполномоченный заместитель  
руководителя главного бюро,  
(Федерального бюро))

\_\_\_\_\_  
М.П. 

\_\_\_\_\_  
О.Л. Куликовский  
(расшифровка подписи)



# Ребенок с ОВЗ поступивший в МДОУ

Первичная встреча с семьей, сбор информации о развитии ребенка, выяснение образовательного запроса.

Воспитатели

Специалисты

Администрация  
МДОУ

Медицинские  
работники МДОУ

# Воспитатели /специалисты

Проведение углубленной диагностики развития ребенка с ОВЗ, или ребенка - инвалида

Разработка ИОМ. Выбор образовательного содержания, видов помощи, с учетом имеющихся нарушений

Реализация ИОМ

Проведение промежуточной диагностики (изменение / дополнение) содержания коррекционно – образовательной деятельности

Анализ и дальнейшая реализация ИОМ для ребенка с ОВЗ или ребенка - инвалида

Итоговая диагностика развития ребенка с ОВЗ или ребенка - инвалида



# Администрация МДОУ

Заключение договора о взаимоотношениях между МДОУ и родителями / законными представителями

Оформление согласия родителей / законных представителей на обучение ребенка по ИОМ

Создание условий для ребенка с ОВЗ во время его пребывания в МДОУ

Взаимосвязь МДОУ с учреждениями социальной реабилитации или абилитации

# Медицинские работники МДОУ

Первичные встречи, беседы, рекомендации по осуществлению индивидуального подхода к детям в соответствии с диагнозом, в организации питания, организации режимных процессов в МДОУ и дома

Составление графика приема лекарственных препаратов, согласно заключению и рекомендациям лечащих врачей во время пребывания ребенка в МДОУ

# Структура индивидуального образовательного маршрута

Титульный  
лист

Пояснительная  
записка

Содержание  
программы

Заключение и  
рекомендации

Приложения

# Индивидуальный учебный план

- Основывается на требованиях СанПиН
- Пункт XI «Требования к приему детей в дошкольные образовательные организации, режиму дня и организации воспитательно – образовательного процесса»

Годовой учебный план

Группа детей со сложным дефектом развития И дети, занимающиеся по ИОМ				
Образовательные области	Образовательные области	Совместная образовательная деятельность	количество	Образовательная нагрузка (мин.)
	Познавательное развитие	Ознакомление с окружающим миром	2	22
		Формирование элементарных математических представлений (ФЭМП)	3	33
	Речевое развитие	Развитие речи	3	33
		Звуковая культура речи	2	22
	Художественно – эстетическое развитие	Музыкальное	2	44
		Рисование	2	44
		Лепка	1	22
		Аппликация/конструирование	1	22
		Ознакомление с художественной литературой	1	22
Социально – коммуникативное развитие	Обучение игре	1	22	
Физическое развитие	Физкультурное	3	66	
ВСЕГО		21	330	

Муниципальное дошкольное образовательное учреждение  
«Детский сад № 103 компенсирующего вида»

г. Ухта

Согласие родителя/ законного представителя  
на обучение ребенка по индивидуальному образовательному  
маршруту

Я, \_\_\_\_\_  
ФИО родителя (законного представителя)

Согласен (а)/не согласен (а) (ненужное зачеркнуть)

на обучение моего ребенка

\_\_\_\_\_ По индивидуальному образовательному маршруту

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_