

**ЛИЧНАЯ КАРТА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ С  
ИНВАЛИДНОСТЬЮ И/ИЛИ ОРГАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Фамилия

Имя

Отчество

Дата рождения

Пол

Зачислен в группу

Основание (дата и No приказа)

Форма обучения

Специальность /профессия

Персональные данные:

Место рождения-

Паспортные данные-

Адрес проживания (по прописке)-

Фактический адрес проживания-

Телефон -

Сведения о родителях:

ФИО матери	Образование	Место работы	Должность	Раб. телефон	Моб. телефон

ФИО отца	Образование	Место работы	Должность	Раб. телефон	Моб. телефон

Сведения о семье:

Мат.состояние семьи	Полная (неполная)семья	Многодетная семья

Место обучения до поступления в образовательную организацию-

Сведения о состоянии здоровья-

Сведения о нозологии-

Сведения о статусе ОВЗ-

Причина нозологии-

Наличие ИПРА-

Хобби, увлечения(общественная активность)-

Утверждаю

Зам. директора

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**План индивидуального сопровождения обучающегося с инвалидностью  
и/или ограниченными возможностями здоровья**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ группа \_\_\_\_\_

на 20\_\_ -20\_\_ уч. год

Задача: индивидуальная работа с обучающимися с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья

№ п/п	Вид деятельности	Сроки исполнения	Результат (планируемый)
1.	Осуществление контроля за успеваемостью и посещаемостью учебных занятий	Систематически	
2.	Вовлечение обучающегося в мероприятия группы, колледжа и общежития	Систематически	
3.	Внеучебная занятость (кружки, секции и т.д.)	Сентябрь, январь	
4.	Проведение индивидуальных бесед, в том числе со специалистами социально-психологической службы	Не менее 1 раза в месяц (по необходимости)	
5.	Проведение рейдов по обследованию социально-бытовых условий обучающихся в общежитии	1 раз в квартал	
6.	Подготовка отчета о проделанной работе	Ежемесячно до 25 числа	

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Куратор: \_\_\_\_\_

## Анализ занятия

Ф.И.О. педагога:

Квалификация педагога:

Дисциплина:

Группа, специальность/профессия:

Количество студентов:

Дата:

Тема занятия:

Цель наблюдения: **Выполнение преподавателем/мастером п/о рекомендаций психолого-педагогического консилиума в рамках реализации инклюзивного образования**

Присутствие на занятии обучающихся с инвалидностью, ОВЗ:

Фамилия, имя:

Нозологическая группа:

Рекомендации ППК:

Деятельность педагога в отношении обучающегося с инвалидностью, с ОВЗ	Деятельность обучающегося с инвалидностью, с ОВЗ

--	--

**Педагог:**

учитывается/не учитывается образовательные возможности студента с учетом особенностей состояния здоровья	
организуется/не организуется индивидуальный подход (при его необходимости)	
разрабатывается/не разрабатывается дидактический материал для данной категории студентов (при такой необходимости)	
создаются условия для освоения студентом учебного материала - дополнительное время, письменные работы, специальные средства обучения (ноутбук и др.)	
разрабатываются/ не разрабатываются материалы для различных видов контроля – текущего, промежуточного, итогового	
используются/не используются электронные образовательные ресурсы	

**Выполнение рекомендаций ППК:**

**Вывод:**

**Рекомендации:**

Фамилия И.О. наблюдателя

\_\_\_\_\_  
(подпись)

