ПРОГРАММА ПСИХОЛОГО – ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ – ИНВАЛИДОВ

В МБОУ ЛИЦЕЕ №120

**Номинация:** Организация комплексной психолого – медико – педагогической и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

**Автор:** Князева Ксения Николаевна: педагог – психолог Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения лицея №120 г. Челябинска.

knyazewakn@yandex.ru

**Данная программа** описывает организацию работы педагогического коллектива Лицея по сопровождению учащихся, имеющих ограниченные возможности здоровья.

Паспорт программы

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование Программы** | Программа психолого – педагогического сопровождения детей – инвалидов в МБОУ Лицей №120 (далее – Программа) |
| **Основание разработки Программы**  | Концепция Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы, утверждённая распоряжением Правительства РФ от 7 февраля 2011 г. № 163-рФедеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" ФЗ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребёнка в Российской Федерации »Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ"О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" Письмо Министерства общего и профессионального образования РФ от 09.04.1999 № 27/511-6 «О психолого-педагогической и социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе образования»Методические рекомендации Управления по Делам Образования г.Челябинска от 20 ноября 2008г. № 16-02/3043 об «Организации индивидуального обучения детей-инвалидов на дому, интегрированного обучения детей-инвалидов в условиях общеобразовательной школы» |
| **Разработчик Программы** | Князева К.Н. педагог – психолог  |
| **Основные исполнители****Программы**  | Педагог – психолог, социальный педагог, классные руководители, фельдшер школы, родители обучающихся (воспитанников) |
| **Цель Программы** | Формирование благоприятных психолого – педагогических условий для социализации детей – инвалидов, и обеспечение права детей – инвалидов на доступное и качественное образование в МБОУ Лицея №120 г. Челябинска |
| **Задачи Программы** | * Оказание социально – психолого – педагогической помощи детям – инвалидам и их родителям;
* Формирование активной педагогической позиции родителей;
* Повышение правовой, психолого – педагогической грамотности родителей детей – инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья;
* Формирование толерантного отношения в школе к детям – инвалидам, детям с ограниченными возможностями здоровья;
* Расширение возможностей детей – инвалидов обучающихся в лицее, для самореализации и социализации;
* Оказание помощи педагогам в развитии навыков формирования психологического комфорта при взаимодействии с детьми – инвалидами и их родителями;
* Повышение качества социальных услуг, предоставляемых семьям «группы риска»
 |
| **Ожидаемые конечные результаты реализации Программы** | * Совершенствование форм и методов обучения детей-инвалидов.
* Повышение качества психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов.
* Создание условий для интеграции детей-инвалидов в современный социум.
* Повышение психологической грамотности участников образовательного процесса.
* Накопление педагогического опыта в работе с семьями, имеющими детей – инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья.
* Повышение уровня учебной и личностной успешности детей – инвалидов, обучающихся в лицее.
 |

**Содержание**

1. Пояснительная записка:
* Принципы работы специалистов лицея с детьми инвалидами
* Основные направления психолого – педагогического сопровождения детей инвалидов
* Дети – инвалиды, обучающиеся в МБОУ Лицее №120
* Основные методы работы
* Психолого-медико-педагогический консилиум лицея
1. Список детей инвалидов МБОУ Лицей №120 на 20\_\_ – 20\_\_ уч.год
2. Досуговая занятость детей инвалидов МБОУ Лицей №120 на 20\_\_ – 20\_\_ уч.год
3. Особенности познавательной и эмоционально – волевой сфер у детей с особыми образовательными потребностями.
4. Индивидуальные охранительные режимы для детей с ОВЗ, с учётом специфики заболевания.
5. Рекомендации педагогам, работающим с детьми с ОВЗ
* Рекомендации по обучению
* **Технологии достижения успеха в работе с детьми-инвалидами**
* **Адаптивные приспособления для занятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья.**
* **Социально – психологическая атмосфера в классе**
* **Развитие у учащихся толерантности к людям с инвалидностью**
1. План работы специалистов лицея с детьми инвалидами.
2. Список литературы.
3. Приложение.
4. Пояснительная записка

Дети – инвалиды традиционно одна из наиболее уязвимых категорий детей. Получение детьми – инвалидами образования является их неотъемлемым законодательно закреплённым правом и основополагающим условием успешной социализации, обеспечения полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в доступных видах социальной деятельности. Согласно Закона РФ «Об образовании» эти дети обладают дополнительными образовательными правами, на особые педагогические подходы и специальные образовательные условия.

**Принципы работы специалистов лицея с детьми инвалидами**

* *Соблюдение интересов ребёнка*. Принцип определяет позицию специалиста, который призван решать проблему ребёнка с максимальной пользой и в интересах ребёнка.
* *Системность*. Принцип обеспечивает единство диагностики, коррекции и развития, т. е. системный подход к анализу особенностей развития и коррекции нарушений детей с ограниченными возможностями здоровья, а также всесторонний многоуровневый подход специалистов различного профиля, взаимодействие и согласованность их действий в решении проблем ребёнка; участие в данном процессе всех участников образовательного процесса.
* *Непрерывность*. Принцип гарантирует ребёнку и его родителям (законным представителям) непрерывность помощи до полного решения проблемы или определения подхода к её решению.
* *Вариативность*. Принцип предполагает создание вариативных условий для получения образования детьми, имеющими различные недостатки в физическом и (или) психическом развитии.
* *Рекомендательный характер оказания помощи*. Принцип обеспечивает соблюдение гарантированных законодательством прав родителей (законных представителей) детей с ограниченными возможностями здоровья выбирать формы получения детьми образования, образовательные учреждения, защищать законные права и интересы детей, включая обязательное согласование с родителями (законными представителями) вопроса о направлении (переводе) детей с ограниченными возможностями здоровья в специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы).

**Основные направления психолого – педагогического сопровождения детей инвалидов**

* *диагностическая работа* обеспечивает своевременное выявление детей с ограниченными возможностями здоровья, проведение их комплексного обследования и подготовку рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи в условиях образовательного учреждения.
* *коррекционно-развивающая работа* обеспечивает своевременную специализированную помощь в освоении содержания образования и коррекцию недостатков в физическом и психическом развитии детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях общеобразовательного учреждения; способствует формированию универсальных учебных действий у обучающихся (личностных, регулятивных, познавательных, коммуникативных).
* *консультативная работа* обеспечивает непрерывность специального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей по вопросам реализации дифференцированных психолого-педагогических условий обучения, воспитания, коррекции, развития и социализации обучающихся.
* *информационно-просветительская работа* направлена на разъяснительную деятельность по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для данной категории детей, со всеми участниками образовательного процесса — обучающимися (как имеющими, так и не имеющими недостатки в развитии), их родителями (законными представителями), педагогическими работниками.

**Дети – инвалиды, обучающиеся в МБОУ Лицее №120**

В нашем лицее на протяжении нескольких лет ведётся работа с данной категорией детей и семьями, в которых они проживают.

Всего детей - инвалидов на начало 2014/2015 учебного года - 4 человека.

По заболеваниям:

1. Сахарный диабет – 2 чел.
2. Бронхиальная астма – 1 чел.
3. Врождённая аномалия кисти – 1 чел.

Все дети данной категории имеют хорошую успеваемость, адаптированы в классах, воспитываются в благополучных семьях.

**Основные методы работы**

* изучение и анализ нормативно-правовых документов;
* изучение методической литературы, практических наработок по вопросам индивидуализации обучения, психолого – педагогической помощи детям инвалидам;
* коррекционная и развивающая помощи детям с нарушениями в развитии;
* наблюдение и мониторинг психофизического развития школьников;
* изучение биологического и социального анамнеза детей;
* анкетирование, беседы с педагогами и родителями;
* изучение медицинских карт и протоколов обследования;
* работа ПМПк лицея;
* работа творческой группы и другие формы методической работы с кадрами;
* анализ промежуточных и итоговых результатов;

В основе работы с детьми инвалидами лежит разработка для них индивидуального коррекционно - образовательного маршрута. Это позволяет реализовать индивидуальный подход в работе с детьми инвалидами. Индивидуализация воспитания и образования признается многими учеными. Индивидуализация помогает создать оптимальные условия для развития личности школьников, и основывается на знании индивидуальных особенностей детей.

Важную роль в реализации помощи детям инвалидам, играет **работа психолого – медико – педагогического консилиума лицея** (ПМПк). Психолого-медико-педагогический консилиум является коллегиальным органом, который осуществляет взаимодействие специалистов, объединяющихся для психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с отклонениями в развитии, с ОВЗ или в состоянии дезадаптации.

**Цель работы ПМПк:**

* Обеспечение диагностико-коррекционного психолого-педагогического сопровождения обучающихся с отклонениями в развитии, исходя из реальных возможностей и в соответствии с образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья учащихся;
* Своевременное оказание помощи учителям в обеспечении индивидуального и дифференцированного подхода в обучении учащихся и в выборе эффективных методических приёмов, изучение личности школьника.

**Задачи ПМПк:**

1. Диагностика отклонений в развитии учащихся;
2. Профилактика физических, интеллектуальных и эмоционально-личностных перегрузок и срывов;
3. Выявление резервных возможностей развития;
4. Определение характера, продолжительности и эффективности специальной (коррекционной) помощи в рамках имеющихся возможностей;
5. Подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребёнка, динамику его состояния, уровень школьной успешности.

Состав ПМПк:

* Заместитель директора лицея по учебно – воспитательной работе
* Социальный педагог
* Медицинский работник
* Педагог-психолог

Деятельность членов ПМПк:

* Проведение обследования ребёнка специалистами и выработка заключения и рекомендаций в своей области;
* Участие в заседании по приглашению председателя ПМПк;
* Контроль за выполнением рекомендаций в своей области

2. Список детей инвалидов МБОУ Лицей №120

на 20\_\_ - 20\_\_ уч. год

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Класс  | ФИО ребёнка | Дата рождения | Адрес  | ФИО родителей | Классный руководитель | Срок инвалидности |
|  |  |  |  |  |  |  |

3. ДОСУГОВАЯ ЗАНЯТОСТЬ ДЕТЕЙ ИНВАЛИДОВ МБОУ Лицей №120

на 20\_\_ - 20\_\_ уч. год

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Класс  | ФИО ребёнка | Дата рождения | Адрес  | ФИО родителей | Занятость |
|  |  |  |  |  |  |

4. ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ

И ЭМОЦИОНАЛЬНО – ВОЛЕВОЙ СФЕР

У ДЕТЕЙ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ

Для детей-инвалидов младшего школьного и подросткового возраста 7-16 лет на первый план выходит сформированность ведущей для этого возраста деятельности – учебной. В ее структуру входят учебно-познавательные мотивы, учебные задачи и форма учебных занятий.

Дети–инвалиды школьного возраста часто имеют отклонения в развитии интеллектуальной или двигательной сферы. Это вызывает трудности в усвоении учебного материала. У таких детей отмечается неразвитость саморегуляции, неумение управлять собой. Обнаруживаются специфические отклонения в развитии мотивационно-потребностной сфере психики. Они выражаются в задержке развития образного мышления, требующего внутреннего плана действия, что приводит к последующим трудностям в усвоении учебного материала. Дети-инвалиды младшего школьного возраста характеризуются недоразвитием произвольности в поведении, саморегуляции, планировании действий.

В подростковом возрасте на первый план выходят проблемы пубертатного периода. На этом этапе личностного развития социальное одобрение необходимо для развития чувства собственной значимости и собственного достоинства. Ребенок-инвалид не получает в полной мере от окружающих поддержки и заинтересованного внимания, не обладает всем репертуаром навыков социального поведения, который необходим для успешной социальной адаптации. У большинства подростков отмечается неадекватная самооценка, завышенный уровень притязаний, переоценка или недооценка своих возможностей. Многим подросткам-инвалидам свойственна поверхностность чувств, моральное иждивенчество или осознание своей ущербности. У подростков могут проявляться разнообразные психопатические черты характера – агрессивность, истерические реакции, эмоциональная лабильность. Сексуальное поведение подростков-инвалидов отличается чрезвычайной неустойчивостью и легко приближается к патологическим формам. Причиной этой неустойчивости является недифференцированная сексуальность. Поскольку многих детей к этому времени воспитывает только мать, ввиду того, что отец оставил семью с больным ребенком, подросткам свойственна слабая ориентация на модель полоролевого поведения. Отмечается недостаточная представленность в опыте подростков-инвалидов типично мужских форм поведения, что особенно затрудняет полоролевую социализацию мальчиков. Мамы, опасаясь травматизма, не привлекают мальчиков к «мужским» видам труда, поэтому у подростков слабо формируются представления о трудовой деятельности.

Отношение взрослого, остается по-прежнему самым важным, его расположение – является опорой их самосознания. Поэтому сверстник является помехой «забирающей на себя» внимание взрослого, в связи с чем, в детском коллективе нередки конфликты и ссоры. Дети – инвалиды, как правило, не сравнивают себя со сверстниками и не утверждаются через них, следовательно, у них нет основы для конкурентного отношения к другому ребенку, что так же является помехой для развития социального поведения. Так же затрудняет процесс социализации недостаточное выделение собственного «Я» ребенка, которое не сформировалось в раннем детстве из – за недостаточного общения с близкими взрослыми и из – за отсутствия личностного отношения к себе.

**Дети с аутизмом**

Аутизм - тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, страдает способность к общению, социальному взаимодействию.

Поведение детей с аутизмом характеризуется жесткой стереотипностью (от многократного повторения элементарных движений, таких, как потряхивания руками или подпрыгивания, до сложных ритуалов) и нередко деструктивностью (агрессия, самоповреждение, крики, негативизм и др.). Уровень интеллектуального развития при аутизме может быть самым различным: от глубокой умственной отсталости до одаренности в отдельных областях знаний и искусства; в части случаев у детей с аутизмом нет речи, отмечаются отклонения в развитии моторики, внимания, восприятия, эмоциональной и других сфер психики. Более 80% детей с аутизмом - инвалиды.

*Каким бывает аутизм?*

*Синдром Каннера.* Для синдрома Каннера в строгом смысле слова характерно сочетание следующих основных симптомов:

1) невозможность устанавливать полноценные отношения с людьми с начала жизни;

2) крайняя отгороженность от внешнего мира с игнорированием средовых раздражителей до тех пор, пока они не становятся болезненными;

3) недостаточность коммуникативного использования речи;

4) отсутствие или недостаточность зрительного контакта;

5) страх изменений в окружающей обстановке ("феномен тождества", по Каннеру);

6) непосредственные и отставленные эхолалии "граммофонная или попугайная речь";

7) задержка развития "Я";

8) стереотипные игры с неигровыми предметами;

9) клиническое проявление симптоматики не позднее 2-3 лет.

*Синдром Аспергера.* Как и при синдроме Каннера, определяют коммуникативные нарушения, недоучет реальности, ограниченный и своеобразный, стереотипный круг интересов, отличающие таких детей от сверстников. Поведение определяют импульсивность, контрастные аффекты, желания, представления; нередко поведению недостает внутренней логики. У некоторых детей рано обнаруживается способность к необычному, нестандартному пониманию себя и окружающих. Логическое мышление сохранено или даже хорошо развито, но знания трудно репродуцируются и крайне неравномерны. Активное и пассивное внимание неустойчивы, однако отдельные аутистические цели достигаются с большой энергией.

В отличие от других случаев аутизма нет существенной задержки в речевом и когнитивном развитии. Во внешнем виде обращает на себя отрешенное выражение лица, что придает ему "красивость", мимика застывшая, взгляд обращен в пустоту, фиксация на лицах мимолетная. Выразительных мимических движений мало, жестикуляция обеднена. Иногда выражение лица сосредоточенно-самоуглубленное, взгляд направлен "внутрь себя". Моторика угловатая, движения неритмичные, с тенденцией к стереотипиям. Коммуникативные функции речи ослаблены, а сама она необычно модулирована, своеобразна по мелодике, ритму и темпу, голос звучит то тихо, то режет слух и в целом речь нередко похожа на декламацию. Отмечаются тенденция к словотворчеству неспособность к автоматизации навыков и их реализации вовне, влечение к аутистическим играм. Характерна привязанность к дому, а не к близким.

*Синдром Ретта.* У детей с синдромом Ретта на фоне тотального распада всех сфер деятельности наиболее длительно сохраняются эмоциональная адекватность, привязанности, соответствующие уровню их психического развития. В дальнейшем развиваются тяжелые двигательные нарушения, глубокие расстройства статики, утрата мышечного тонуса, глубокое слабоумие.

*Атипичный аутизм.* Для атипичного аутизма характерно:

• достаточно отчётливые нарушения социального взаимодействия,

• ограниченное, стереотипное, повторяющееся поведение,

• тот или иной признак аномального и/или нарушенного развития проявляется в возрасте после 3-х лет.

Чаще возникает у детей с тяжёлым специфическим расстройством развития рецептивной речи или с умственной отсталостью.

Существуют определенные симптомы, часто появляющиеся в аутизме, но не считающиеся основными для постановки диагноза. Однако, они заслуживают внимания, это – гиперактивность (особенно в раннем детстве или подростковом возрасте), слуховая гипер и гипочувствительность и различные реакции на звук (четко проявляются в особенности в течение первых 2-х лет жизни), гиперчувствительность к прикасанию, необычные привычки при приеме пищи, включая приемы непищевых продуктов, нанесение себе повреждений, заниженная болевая чувствительность, агрессивные проявления и перемены настроения. Они встречаются, по меньшей мере, у 1/3 людей, имеющих это расстройство.

**Дети с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Психологическое благополучие больного ребенка зависит от отношения его родителей к заболеванию и к самому ребенку в целом. Преимущественный тип воспитания в семье, где воспитывается ребенок с сердечно-сосудистой патологией – гиперопека, которая препятствует детям поддерживать отношения с другими людьми и учиться самостоятельно принимать решения, являлась преградой развитию независимого поведения. Такое отношение способствует инфантилизации и является помехой в приобретении социального опыта за пределами семьи.

Поскольку оценка детьми своего состояния в большей мере представляет копию родительской, то у детей отмечались фиксация на соматическом неблагополучии, «уход» в болезнь, ипохондрические жалобы, отрицательная прогностическая оценка выздоровления.

У детей с данной патологией чаще всего выявляется астенический тип изменения психических процессов, в основном, средней степени выраженности. У них отмечаются нарушения динамики психической деятельности, повышенная истощаемость, снижение функции процессов внимания, памяти, работоспособности в целом. Дети предпочитают малоподвижные «настольные» игры и занятия с перерывами на отдых. У многих детей отмечается плаксивость, неуверенность в себе, недостаточная социальная приспособляемость, страхи. Некоторые дети проявляют большую реактивность, раздражительность, напряженность, нетерпеливость, завышенный уровень притязаний, но не всегда добросовестность и исполнительность, повышенный уровень ситуативной тревожности.

**Дети с сахарным диабетом**

*Сахарный диабет* – это заболевание, вызванное нарушением процесса функционирования эндокринной системы.

При раннем возникновении заболевания может отмечаться замедление психического развития.

В детстве и подростковом возрасте закладываются все основные черты личности, часто меняется тип деятельности, образ мышления, формируется осознание себя как личности, как члена человеческого сообщества с его определенными правилами, нормами и обязанностями, то есть происходит становление его личности, его «Я».

В период кризисов: 7, 11, 13 и 17 лет изменяется не только психическая и духовная жизнь ребенка, но также и его поведение. Ребенок становится неуправляемым, с ним невозможно найти общий язык, появляется упрямство, негативизм, то есть отвержение всего, что предлагает взрослый. На фоне заболевания все проблемы обостряются еще больше.

Диабет накладывает отпечаток и на самосознание детей, в частности на самооценку, на общения, на эмоционально-волевую сферу. Понимание своего отличия от других в этот момент становится ярче и болезненнее, скрытое чувство неполноценности вылезает наружу и превращает без того беспокойного ребенка в закомплексованного невротика. Особенно подростки из-за появления интереса к противоположному полу чувствуют свою особенность, скованность, которые могут быть совершенно безосновательны. Усиливается тревожность, появляются беспочвенные страхи, любая, даже самая незначительная неудача может послужить причиной возникновения нового комплекса неполноценности. Ребенок теряет уверенность в своих силах, происходит обесценивание своей личности, начинается скрытое самоуничижение, появляется чувство вины, чувство собственной ненужности. Ребенок замыкается в себе, остается один на один со своими проблемами, потому что боится быть непонятым, отвергнутым, ведь, как ему кажется, он «не как все». Здесь может иметь место и отрицание болезни, которое проявляется в несоблюдении режима и рекомендаций врачей. Ребенок может даже перестать делать инъекции инсулина. Все вместе это может привести к тяжелым психическим и соматическим нарушениям, исход которых непредсказуем. Таким образом, надо подчеркнуть, что полноценная жизнь диабетика зависит и от того, как ощущает он себя в обществе, как развивается, как строится его психическая жизнь, то есть от психо-эмоционального состояния.

**Дети с нарушением зрения**

Дети с нарушением зрения делятся на три группы: тотально слепые дети, частично видящие, слабовидящие.

В тифлопедагогической литературе отмечаются определенные отличия психического развития незрячего ребенка от зрячего. В общих чертах они сводятся к тому, что ряд психических процессов (ощущение, восприятие, представление) оказываются в прямой зависимости от глубины дефекта, а некоторые психические функции (цветоощущение, скорость восприятия и др.) зависят также от характера патологии. Отмечается также и то, что такие структурные компоненты, как мировоззрение, убеждения, моральные черты характера и т.п., оказывается независимыми от глубины дефекта и характера патологии зрения. При этом зависимость развития психики от состояния зрительных функций проявляется не столько в конечных результатах этого процесса, сколько в его динамике.

Часто у детей с патологией органов зрения наблюдается немного замедленное развитие, что вызвано меньшим и несколько бедным запасом представлений, ограниченностью в овладении пространством, а самое главное – меньшей активностью при познании окружающего мира. Нарушение зрения часто вызывает снижение мотивационной стороны познавательной деятельности, отсутствие интереса к учебной работе, что обусловлено медлительностью, инертностью, малоподвижностью из-за трудностей в пространственной ориентировке, нарушением моторики и координации движений, бедностью представлений об окружающем мире.

Нарушения зрения ведет к появлению вторичных отклонений в психическом и физическом развитии. Страдают функции, тесно связанные со зрением, в особенности восприятие предметов и явлений действительности, ориентация в пространстве, формирование представлений и измерительных действий. При нарушении зрения отмечаются недостатки в формировании скорости, точности, координации движений. У детей с нарушением зрения наблюдается ослабление зрительных ощущений и представлений. Характерными особенностями представлений являются фрагментарность (в образе объекта отсутствуют многие существенные детали), схематизм, низкий уровень обобщенности. У слабовидящих школьников отмечают недостаточную осмысленность запоминаемого материала, быстрое забывание усвоенного материала. Мышление не зависит от степени нарушения зрения. Опираясь на знания, школьники с нарушениями зрения могут делать обобщающие выводы относительно многих предметов, процессов, явлений, которые ими никогда непосредственно не воспринимались. Основным дефектом устной речи у детей младшего школьного возраста данной категории является нарушение звукопроизношения, а также оптическая дисграфия.

Таким образом, дефект представляет собой физический или психологический недостаток, который влечет за собой отклонения от нормального развития. Тифлопсихологами отмечается тот факт, что дефекты зрения могут приводить к развитию негативных черт характера, таких как негативизм, внушаемость, ленивость, конформность и др. Нарушения зрения оказывают влияние на диапазон избирательного отношения аномального ребенка к окружающей действительности, сужая его в зависимости от глубины патологии. Однако интересы к определенным видам деятельности, успешно осуществляющейся без зрительного контроля, оказываются такими же глубокими, устойчивыми и действенными, как и у нормально видящих людей. Таким образом, содержательная сторона психики при развивающем обучении оказывается независимой от дефектов зрения. По данным наблюдений тифлопсихологов нарушение зрения и его крайняя форма - слепота, значительно сужая сферу чувственного познания, не может повлиять на общие качества эмоций и чувств, их номенклатуру и значение для жизнедеятельности. Слепота может повлиять лишь на степень проявления отдельных эмоций, их внешнее выражение и на уровень развития отдельных видов чувств. Тифлопсихологами подчеркивается, что основная причина возникновения аномалии развития эмоций и чувств (отсутствие чувства долга, эгоизм, отсутствие чувства нового, чувство враждебности, негативизм) заключается в неадекватном воспитании (гиперопека) и отношений к незрячему ребенку. Многие исследователи отмечали, что слепота влечет за собой изменения в характере эмоциональных состояний в сторону преобладания астенических, подавляющих активность индивида настроений грусти, тоски либо повышенной раздражительности, аффективности. Подобные выводы обычно делались в ходе исследований поздно ослепших людей, тяжело переживающих утрату зрения, но распространялись также и на слепорожденных и рано ослепших людей. Такая патология как слепота не может не отразиться на личностных качествах человека. Часто дети чувствуют себя обреченными и бесполезными, а это угнетенное состояние приводит к замедлению интеллектуального роста.

Слепые дети медленнее проходят стадии психического развития. Личностные кризисы переживаются ими тяжелее по причине наличия тягостного дефекта.

Еще одной отличительной чертой слепых детей есть диспропорциональность. Это означает, что разные качества личности развиваются у больных детей не одновременно. Так, речь и мышление прогрессирует раньше, чем ориентация в пространстве. Таким образом, у незрячих школьников развивается неподвижность, скованность движений, неуклюжесть. Это естественно, ведь общаться и мыслить слепота им не может помешать, а вот преодолевать пространство – может и мешает. Слепые дети часто начинают рано говорить и строить связную содержательную речь, в то время как ходьбе они учатся долго.

Слепота влияет и на поведения детей. Они малоподвижны, их ходьба неуклюжа, они постоянно боятся громких и неожиданных звуков. Привычная детская импульсивность и активность свойственна и незрячим малышам, но для них она более травматичная как в физическом (падения, удары о предметы и т.д.) так и в моральном плане (разочарование, обида, чувство жалости к себе, отчаянье). Но уже в 8- 10 лет слепые дети теряют свою подвижность, становясь более спокойными.

В учебном процессе у незрячих школьников также отслежены специфические виды поведения. Они несдержанны, часто во время урока выкрикивают реплики с места, перебивают собеседников в диалоге, могут неожиданно встать и пройтись по классу. Часто слепые ученики отвлекаются от урока, не умеют продолжить ответ одноклассника, забывают, о чем их спрашивали. Такое неумение долго концентрировать внимание говорит о том, что слепота мешает детям следить за происходящим вокруг.

Свои эмоции слепые передают мимикой, словами и жестами, которые имеют некое несовершенство, проявляются непроизвольные навязчивые движения.

**Дети с нарушением слуха**

В основе психического развития детей с нарушенным слухом лежат те же закономерности, что и в норме. Однако имеются некоторые особенности, которые обусловлены замедленным овладением речью, коммуникативными барьерами и своеобразием развития познавательной сферы. Следует отметить, что дети с нарушением слуха делятся на слабослышащих и глухих.

На всех этапах школьного обучения продуктивность внимания глухих учащихся остается более низкой по сравнению со слышащими сверстниками. Запоминание и воспроизведение нарисованных знакомых изображений глухими учащимися 3-4-х классов имеет свои особенности. В репродукциях глухих появляются дополнения, отсутствующие в показанном изображении. Рисунки детей беднее деталями (выпадение деталей), иногда объект воспроизведен в ином положении или в других размерах.

В младшем школьном возрасте дети с нарушениями слуха путают места расположения предметов, сходных по изображению или реальному функциональному назначению. Глухие школьники младших классов при запоминании ряда сходных предметов плохо используют прием сравнения, значительно хуже запоминают объекты, которые предъявляются им по частям, а не целиком. Глухим труднее мысленно воссоздавать образ фигуры без непосредственного восприятия целой фигуры. При предъявлении целого изображения запоминание у глухих не имеет больших отличий от слышащих детей. В процессе воспроизведения слов, предложенных для запоминания, у слышащих и глухих одно слово заменяется другим, близким по смыслу. Замены у глухих бывают по внешнему сходству (угол-уголь, дрожит-держит); по смысловому родству (кисть-краска, земля-песок); по внешнему сходству и смысловому родству (сел-сидел, выбрали-собрали). Это объясняется тем, что слово для глухих - это не один элемент, а совокупность нескольких элементов, последовательность слогов, букв в слоге, целый образ слова.

Дети с нарушением слуха, прежде всего, усваивают существительные, имеющие прямую предметную отнесенность. Труднее запоминают глаголы и прилагательные.

Для глухих школьников представляет большую трудность точное запоминание слова в определенной грамматической форме. При воспроизведении фразы глухими очень часто изменяется смысл предложения, из-за замен слов во фразе порой дополняют их новыми словами. Глухие стремятся воспроизвести фразу в той самой последовательности, в какой она была воспринята, поэтому при забывании какого-либо слова глухие повторяют все слова воспринятой фразы на своих местах, опуская забытое слово. Для глухого фраза не всегда представляется как единая смысловая единица. Нередко она является не целостным «объектом», а набором отдельных слов. Наблюдения учителей показывают, что образы, формирующиеся у глухих школьников в процессе чтения художественной литературы, не всегда соответствуют описанию. Нередко это приводит к непониманию ими смысла прочитанного. Глухие дети длительное время продолжают оставаться на ступени наглядно- образного мышления, т.е. мыслят не словами, а образами, картинами. В формировании словесно- логического мышления глухой резко отстает от слышащего сверстника, причем это влечет за собой и общее отставание в познавательной деятельности.

Для детей с нарушением слуха младшего школьного возраста характерны трудности при анализе текстов, они не акцентируют внимание на важных деталях. С возрастом качество анализа совершенствуется. Глухие дети с трудом овладевают логическими связями и отношениями между явлениями, событиями, поступками людей. Глухие младшие школьники понимают причинно- следственные отношения применительно к наглядной ситуации, в которой эти отношения четко выявляются. Дети не умеют выявлять скрытые причины каких- либо явлений, событий. Они нередко смешивают причину с действием или целью, с сопутствующими или предшествующими явлениями, событиями. Они часто отождествляют причинно- следственные и пространственно- временные связи.

Письменная речь, несмотря на трудности, имеет для глухого некоторые преимущества над устной, поскольку она не требует наличие слуха, а воспринимается с помощью зрения. Наиболее трудным для глухого ребенка является усвоение грамматического строя предложения, правил словосочетаний, связей слов. В самостоятельной письменной речи глухих отмечаются недостатки в логичности и последовательности изложения событий. У глухих детей затруднено планирование излагаемого материала. При изложении они иногда дают описание частностей, упуская главное. А.М.Гольдберг, характеризуя письменную речь глухих детей, указывает на неправильный выбор слов, искажение звукового состава слова, ошибки в сочетании слов в предложении, пропуски слов.

**Дети с эпилепсией**

*Эпилепсия* - тяжелое психическое заболевание, сопровождающееся судорожными приступами.

Всемирная Организация Здравоохранения определяет эпилепсию как хроническое заболевание головного мозга, характеризующееся повторными приступами, которые возникают в результате чрезмерной нейронной активности и сопровождаются различными клиническими и параклиническими проявлениями.

Эпилепсия не относится к заболеваниям психики. У людей с эпилепсией, действительно, могут быть психические проблемы, но они, как правило, либо являются следствием сопутствующих заболеваний мозга (атрофия мозга, опухоль), либо вызваны побочным действием противоэпилептических препаратов, или же трудноустранимыми социальными проблемами.

Среди существующих психических проблем у людей с эпилепсией преобладают снижение интеллекта и нарушение поведения.

Следует отметить, что длительное лечение некоторыми противоэпилептическими препаратами оказывает определенное влияние на темперамент человека, в результате которого его характер становится более медлительным, а в итоге нарушается концентрация внимания и память.

Дети, получающие лечение, часто выглядят заторможенными и вялыми.

При некоторых формах эпилепсии у детей может возникнуть деменция - приобретенный интеллектуальный дефект.

Психика ребенка-эпилептика заметно видоизменяется с возрастом. Вначале на первый план выступает плохая память, забывчивость, неаккуратность в быту и труде. Постепенно в процессе обучения ребенок компенсирует этот дефект. Поскольку ребенок испытывает затруднения при необходимости запомнить новый учебный материал, он обычно проявляет особую активность: старательно, много раз повторяет заданное; при воспроизведении стремится изложить мельчайшие подробности текста. Рассказы детей-эпилептиков всегда отличаются излишней детализацией, обстоятельностью.

Мышление детей с эпилепсией очень замедленно и тугоподвижно.

Описывая черты эпилептоидной личности, специалисты особенно выделяют склонность к дисфориям, стойкость аффекта с его взрывчатостью, склонность к застреванию (особенно на отрицательных эмоциях), тугоподвижность всей психической деятельности. С годами дети-эпилептики приучаются в какой-то мере сдерживать свою гневливость и раздражительность.

Специалисты отмечают, что пониженная успеваемость эпилептиков в школе может быть обусловлена различными факторами: сочетанные с эпилепсией неврологические нарушения, тяжесть заболевания, лечение антиконвульсантами. Кроме того, снижению успеваемости могут способствовать пониженная самооценка, социальные и культурные факторы, особенности личности и психического здоровья ребенка.

*ПРИМЕЧАНИЕ.* Характерными особенностями личностной сферы детей с органическими заболеваниями ЦНС являются повышенная тревожность, неуверенность в себе, чувство общей напряженности, раздражительности, повышенная психологическая ранимость, сниженная стрессоустойчивость, склонность к страхам и опасениям.

**Дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СГДВ)**

Термин «синдром дефицита внимания» (СДВ) говорит сам за себя: люди, страдающие СДВ, не в состоянии в течение долгого времени заниматься одним и тем же делом— их способность концентрировать внимание весьма кратковременна. Кроме того, они с легкостью отвлекаются на что-то новое. При СДВ очень короткий промежуток внимания/

При синдроме гиперактивности и дефицита внимания (СГДВ)— впрочем, сегодня этот термин является общепринятым для обозначения обоих понятий, СДВ и СГДВ,— предметы и явления уже воспринимаются по-другому: речь идет о дефиците внимания, осложненном гиперактивностью.

В основе гипердинамического синдрома могут лежать микроорганические поражения головного мозга, возникшие в результате осложненной беременности и родов, истощающие соматические заболевания раннего возраста (тяжелый диатез, диспепсия), физические и психические травмы.

Чрезмерно активные дети с нарушением восприятия существенно отличаются от детей, которым свойственно «лишь» кратковременное внимание. Они не в состоянии хотя бы недолго посидеть спокойно, постоянно носятся туда-сюда, часто очень шумны и импульсивны. «Гиперактивные» дети, часто, в середине урока, вдруг начинают прыгать или выкрикивать что-то, совершенно не относящееся к занятиям. Часто они «выпаливают» ответ прежде, чем учитель обратится к ним с вопросом. Поскольку степень сосредоточенности у них очень мала, они не усваивают большую часть того, о чем говорится на уроке, и часто отвлекаются на другие вещи, к примеру, на происходящее за окном класса.

Разумеется, это отражается на их школьных успехах. Для детей с СГДВ (и, соответственно, для их родителей) домашние задания превращаются в настоящее мучение: многие сидят часами над выполнением одного задания, так как они постоянно на что-то отвлекаются. Также при СГДВ характерны проблемы с грамотностью (дислексия) или со счетом (дискалькулия).

Эмоциональное состояние младших школьников, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, как правило, запаздывает, что проявляется в их неуравновешенности, вспыльчивости, заниженной самооценке. Данные признаки часто сочетаются с тиками, головными болями, страхами. Все эти проявления обусловливают низкую успеваемость детей в школе, несмотря на их, как правило, достаточно высокий интеллект. В силу своей нетерпеливости и легкой возбудимости они часто вступают в конфликты со сверстниками и взрослыми, что усугубляет проблемы с обучением. Следует иметь в виду, что ребенок с синдромом СНВГ не способен предвидеть последствия своего поведения, не признает авторитетов, что может приводить к антиобщественным поступкам. Особенно часто асоциальное поведение наблюдается у таких детей в подростковом периоде, когда на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью.

В подростковом возрасте у гиперактивных детей с синдромом дефицита внимания, как правило, гиперактивность сохраняется. В это время школьники проявляют разные типы поведения, порой совершенно противоположные: как безынициативность и бездеятельность, так и готовность любое дело довести до конца. Поскольку в своей жизни они уже испытали достаточно неприятия со стороны окружающих и до сих пор продолжают его ощущать, у многих из них развивается депрессия, причем временами настолько сильная, что таким подросткам грозит опасность суицида.

По мере созревания структур головного мозга, примерно к 13-15 годам гиперактивность значительно уменьшается или исчезает совсем. Могут оставаться только суетливые движения у взрослого и/или неспособность зафиксироваться в одном положении на долгое время.

**Дети с минимальными мозговыми дисфункциями (ММД)**

*Минимальные мозговые дисфункции (ММД)* — наиболее легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стертую неврологическую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга.

Отсюда видно, что ММД не является медицинским диагнозом в точном смысле этого слова. Это, скорее, только констатации факта наличия легких нарушений в работе мозга.

Общую картину нарушений при ММД можно охарактеризовать следующим образом: общее замедление темпов роста мозга.

Характерен дисбаланс в созревании отдельных подструктур мозга, что, в свою очередь, осложняет процесс формирования связей между ними и установление координации в их деятельности. Более того, когда деятельность различных подструктур не согласована и не скоординирована, то много энергии затрачивается непроизводительно, и общая работоспособность мозга оказывается низкой. При ММД можно ожидать следующие отклонения, по сравнению с возрастной нормой:

1. Быструю умственную утомляемость и сниженную работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать).

2. Резко сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности.

3. Выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе, и умственной) при эмоциональной активации.

4. Значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности.

5. Снижение объема оперативной памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации).

6. Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную (проблема упрочения временных связей).

Психологическое сопровождение детей с ММД показывает, что даже без лечения по мере взросления навсегда происходит некоторая нормализация работы мозга. Даже если не улучшается внимательность, то сглаживается явная «цикличность» интеллектуальной деятельности, реже происходят “отключения”. К 5-6 классу ребята уже чувствуют тот момент, когда “мысли начинают разбегаться”, и становится трудно сосредоточиться. Они отвлекаются, отдыхают и продолжают работу, когда это состояние проходит. Общее время, в течение которого они могут продуктивно обучаться, значительно увеличивается.

Большая группа школьников с ОВЗ имеют незначительные нарушения, которые обозначаются как **минимальные мозговые дисфункции (ММД).**

5. ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОХРАНИТЕЛЬНЫЕ РЕЖИМЫ ДЛЯ

ДЕТЕЙ С ОВЗ, С УЧЕТОМ СПЕЦИФИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**Бронхиальная астма**

* Щадящий охранительный режим для нервной системы.
* Индивидуальный подход.
* Создание и соблюдение гигиенических условий к обучению, к жизнедеятельности.
* Формирование и закрепление учебных мотиваций.
* Стимулирующая и организующая помощь со стороны взрослого.
* Активизация мыслительных процессов. Осуществление работы по развитию речи учащихся.
* Беседы учителя с учащимися об уверенности в себе через беседу. Спокойное эмоциональное состояние.
* Игровые минутки в работе.
* Релаксация – 3–5 минут в конце урока.
**Заболевания ЖКТ**
* Строгое соблюдение охранительного режима, избегание перегрузок.
* Похвала, поддержка при нестабильной и низкой самооценке.
* Игровые минутки, релаксация.
* Создание ситуации успеха.
* Индивидуализация и дифференциация обучения.
* Беседы учителя с детьми о необходимости уважения каждого
* человека, осознание его уникальности.
* Свободный выход ребёнка из комнаты.
* Стимулировать учебную деятельность, заинтересовать в работе.
**Заболевания ССС**
* Доброжелательное и понимающее общение.
* Добиться расположения и доверия, говорить с детьми спокойно и
мягко.
* Не ставить перед детьми завышенной планки, поощрять за правильно выполненную работу.
* Избегать психотравмирующих ситуаций.
* Ограничение физических нагрузок, следить за самочувствием.
* Избегать переутомления, определить индивидуальный темп работы
для каждого ученика, давать время на обдумывание материала.
* Беседы с учащимися о дружбе и её значении.
* Необходим психологический комфорт, ровные, дружеские
взаимоотношения.

**Нервная патология**

* Работу строить индивидуально, при этом особое внимание уделять
отвлекаемости и слабой организации деятельности.
* Во время уроков ограничивать до минимума отвлекающие факторы.
* Предоставить ребёнку возможность быстро обращаться за помощью к
учителю в случаях затруднения.
* Дозировать ученику выполнение большого задания, предлагать его в
виде последовательных частей и периодически контролировать ход
работы.
* Во время урока предусматривать возможность для двигательной
“разрядки”.
* Научить ребёнка адекватно реагировать на те или иные ситуации.
* По возможности игнорировать вызывающие поступки ребёнка и
поощрять его хорошее поведение.

**Патология зрения**

* Осуществление индивидуального подхода на уроках.
* Обязательное соблюдение охранительного режима.
* Развитие и совершенствование пространственных ориентировок.
* Режим зрения. Глазная гимнастика.
* Игровые минутки через 15-20 минут после начала занятия для
увеличения устойчивости и концентрации внимания, уменьшения
усталости и рассеянности.
* Использование различных видов деятельности.
* Развивать зрительное внимание (его объем, переключаемость).
* Работать с опорой на несколько анализаторов.
* Релаксация в конце урока – 5 минут.
**Общие рекомендации участникам образовательного процесса.**
* Индивидуальный подход.
* Избегать перегрузок, соблюдать охранительный режим.
* Вовлечение в групповую работу, вызывающую интерес,
положительные эмоции.
* Хвалить ребёнка в каждом случае, когда он этого заслужил,
подчеркивать его успехи. Это поможет укрепить уверенность ребёнка
в своих силах.
* Воспитательная терапия: исключать психотравмирующие факторы.
* Изучение индивидуальных возможностей и способностей каждого
ребёнка.

## 6. РЕКОМЕНДАЦИИ ПЕДАГОГАМ, РАБОТАЮЩИМ С ДЕТЬМИ С ОВЗ

**Рекомендации по обучению**

 Учащиеся с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в изменении способов подачи информации или модификации учебного плана с целью более успешного освоения общеобразовательной программы. Необходимо предоставление учащимся с ограниченными возможностями здоровья особых условий по сравнению с их одноклассниками, в частности, изменения сроков сдачи, формы выполнения задания, его организации, изменение способов подачи информации и её модификация. Например, незрячий ученик сдает тест, написанный по системе Брайля. Некоторым же учащимся на время выполнения задания необходимо остаться одним в изолированном от внешних звуков классе.

 Модификацию можно определить как некое изменение задания или теста, которое меняет стандартную процедуру его проведения, или изменение требований, предъявляемых к уровню знаний учащегося с ограниченными возможностями здоровья. Примером модификации может служить частичное выполнение учащимся общеобразовательной программы.

 Необходимые изменения способов подачи информации и модификации должны быть включены в индивидуальный образовательный план учащегося. Эти изменения следует применять так, чтобы они отражали индивидуальные нужды учащихся с особыми потребностями, причем очень важно также узнавать мнение самих учащихся о том, в чем именно они нуждаются.

 Рекомендации по поводу коррективов в учебниках и образовательных программах, возможных изменений на уроке в классе и заданиях и возможных поведенческих ожиданиях, которые нужно принять во внимание при обучении детей с особыми образовательными потребностями.

 ***Учебники и учебная программа:***

- Обеспечение учебниками альтернативного формата, но с одинаковым содержанием или более простыми для чтения.

- Обеспечение аудио-учебниками.

- Альтернативные замещения письменных заданий (лепка, рисование, панорама и др.).

- Четкое разъяснение заданий, часто повторяющееся.

- Акцентирование внимания на задании (например, «Когда ты прочитаешь эту главу, то сможешь назвать три причины возникновения Гражданской войны»).

- Предоставление альтернативы объемным письменным заданиям (например, напишите несколько небольших сообщений; представьте устное сообщение по обозначенной теме).

Работа в классе

- Наличие индивидуальных правил для учащихся.

- Оценка организации класса в соответствии с нуждами учащихся.

- Поддержание тишины во время интенсивных занятий.

- Отсутствие в классе отвлекающих внимание предметов (например, мобильных телефонов).

- Обеспечение персональным компьютером для выполнения письменных работ.

- Близость учеников к учителю.

- Использование кабинок (желательно) для индивидуальной одновременно слушать и читать один и тот же текст.

- Предоставление краткого содержания глав учебников.

- Обеспечение интересными материалами для чтения более высокого уровня.

- Использование маркеров для выделения важной информации.

- Использование предложений с пропущенными словами.

- Обеспечение двумя комплектами учебников, для школьных и домашних занятий.

- Использование учетных карточек для записи главных тем.

- Предоставление учащимся списка вопросов для обсуждения до чтения текста.

- Указание номеров страниц для нахождения верных ответов.

- Обеспечение альтернативными учебниками и учебными материалами, основанными на азбуке Брайля или напечатанных большим шрифтом для слепых и слабовидящих детей.

- Сокращенные задания, направленные на усвоение ключевых понятий.

- Сокращенные тесты, направленные на отработку правописания работы.

- Наличие в классе дополнительных материалов (карандашей, книг).

- Сохранение достаточного пространства между партами.

Обучение и задания

- Использование указаний, как в устной, так и письменной форме.

- Поэтапное разъяснение заданий.

- Последовательное выполнение заданий.

- Повторение учащимся инструкции к выполнению задания.

- Обеспечение аудио-визуальными техническими средствами обучения.

-Демонстрация уже выполненного задания (например, решенная математическая задача).

- Близость к учащимся во время объяснения задания.

Перемена видов деятельности

- Подготовка учащихся к перемене вида деятельности.

- Чередование занятий и физкультурных пауз.

- Предоставление дополнительного времени для завершения задания.

- Предоставление дополнительного времени для сдачи домашнего задания.

- Обеспечение помощи при передвижении.

- Письменные задания.

- Использование листов с упражнениями, которые требуют минимального заполнения.

- Использование упражнений с пропущенными словами/предложениями.

- Обеспечение школьника с ограниченными возможностями здоровья копией конспекта других учащихся или записями учителя.

- Дополнение печатных материалов видео и диафильмами.

- Обеспечение учащихся печатными копиями заданий, написанных на доске.

- Разрешение использовать диктофон для записи ответов учащимися.

Оценка достижений и знаний

- Использование индивидуальной шкалы оценок в соответствии с успехами и затраченными усилиями.

- Ежедневная оценка с целью выведения четвертной отметки.

- Оценка работы на уроке учащегося, который плохо справляется с тестовыми заданиями.

- Акцентирование внимания на хороших оценках.

- Разрешение переделать задание, с которым он не справился.

- Оценка переделанных работ.

- Использование системы оценок достижений учащихся.

Организация учебного процесса

- Распределение учащихся по парам для выполнения проектов, чтобы один из учеников мог подать пример другому.

- Обозначение школьных правил, которым учащиеся должны следовать.

- Использование невербальных средств общения, напоминающих о данных правилах.

- Использование поощрений для учащихся, которые выполняют правила (например, похвалить забывчивого ученика за то, что он принес в класс карандаши).

- Свести к минимуму наказания за невыполнение правил; ориентироваться более на позитивное, чем негативное.

- Составление индивидуальных планов, позитивно ориентированных и учитывающих навыки и умения школьника.

- Предоставление учащимся права покинуть класс и уединиться в так называемом «безопасном месте», когда этого требуют обстоятельства.

- Разработка кодовой системы (слова), которое даст учащемуся понять, что его поведение является недопустимым на данный момент.

- Игнорирование незначительных поведенческих нарушений.

- Разработка мер вмешательства в случае недопустимого поведения, которое является непреднамеренным.

- Знания об изменениях в поведении, которые предупреждают о необходимости применения медикаментозных средств или указывают на переутомление учащегося с ограниченными возможностями здоровья.

**Технологии достижения успеха в работе с детьми-инвалидами**

 Педагогам следует способствовать созданию доброжелательной атмосферы во всех классах, где дети могут обсуждать свою жизнь и чувства, где развита взаимная поддержка и коллективная работа. Презрение к инвалидности и другие предрассудки, могут быть объяснены так, чтобы у детей развилось сочувствие (сопереживание), и они смогли бы осудить дискриминацию и привлечь к себе тех, кто чувствует себя изгоями, поддерживая их в классе и вне школы. Маленьких детей можно обучить этому, опираясь на их чувство справедливости.

Важно понимание раздражения, которое может принимать множество форм (от того, чтобы слегка отодвинуться от ребенка на ковре, до физического насилия), то есть нежелания сидеть рядом с ребенком, который выглядит, действует или ведет себя по-другому или не играть с ребенком, который не может говорить или у него какая-то видимая форма инвалидности. Это можно сравнить с преследованием ребенка из-за его этнического происхождения.

 Следует обсуждать и на первый взгляд, более мелкие прецеденты и делать это следует открыто, так, чтобы тому, кто пострадал от них, была оказана поддержка, и весь класс оценил значение этого. Следует понимать, что дети обучаются по-разному, и они разные по своему развитию, следовательно, и стиль обучения в классах должен быть разнообразным. Следует придавать значение обучению изобразительному искусству, музыке, драматическому искусству, танцам и физкультуре не меньше, чем другим предметам, так как навыки и достижения в этих областях, и как следствие этого, самооценка, ведут к достижению больших успехов по всем предметам. Не случайно такое широкое общественное признание получили различные соревнования и олимпиады среди инвалидов!

 Педагоги должны избегать использования стереотипов и не комментировать предрассудки на уроках и даже после уроков при детях. Они не должны допускать обзывания, объясняя детям, почему это обидно, а также стирать оскорбительные надписи.

 Следует оказывать поддержку ученикам, которые сталкиваются с оскорблениями, понимая, что дети, которые живут в страхе, не могут учиться.

 Положительный эффект производят истории инвалидов и то, как влияет на них негативное к ним отношение. Хороший повод поговорить об инвалидах - отметить какую-то связанную с этим дату, например, День инвалидов (3 декабря) или какое-то достижение инвалидов.

 Необходимо отмечать достижения ребенка относительно его прошлых успехов, нестандартные достижения. Следует использовать возможности внешкольной работы, например, во время занятий в кружках, игровых занятий. Необходимо, чтобы школы были доступными для инвалидов, чтобы ученики, родители и педагоги могли общаться.

Для того, чтобы внедрить в жизнь то, что было описано выше, учителя должны стараться ежедневно находить возможность говорить с детьми на любые темы, которые их интересуют или беспокоят.

 Эффективно выносить вопросы о негативном отношении к детям с ограниченными возможностями здоровья на открытое обсуждение и коллективно рассматривать их, чем встречаться с отдельным ребенком во время перемены, хотя в некоторых случаях именно это бывает лучшим вариантом. Во всех группах и классах, если кого-то обидели (даже слегка), педагог может остановить занятие и обсудить это. Группа может обсуждать вопрос, и целью обсуждения является развить позитивное отношение. Ребенок, который подвергся унижению, на первый взгляд, небольшому, должен знать, что учитель на его стороне, и что весь класс/группа знает об этом. Педагоги должны использовать свой авторитет для того, чтобы разобраться в происшедшем.

 Следует рассаживать класс/группу таким образом, чтобы дети, насколько это возможно, могли работать автономно, имея легкий доступ к оборудованию. У педагогов должен быть гибкий подход к выполнению заданий, которые обязательны в определенных учебных планах.

 Следует разбить класс на группы, по парам, дать индивидуальные задания. Убедитесь в том, что состав групп варьируется (принимая во внимание интересы детей) - необходимо присутствие в группах людей с инвалидностью и без, разного социального и этнического происхождения и пола.

 Учитель должен показывать, что ценит каждого ребенка, открыто хваля индивидуальные усилия каждого и достижения класса в целом, также призывая класс развивать эти достижения. Так следует поступать во всех областях - творческой, физической, социальной и академической - давая понять, что конкуренция между детьми неприемлема. Это создаст в классах большой моральный комфорт. Следует использовать для сидения детей различные вспомогательные средства: подушки, стулья, мешки с шариками и др.

**Адаптивные приспособления для занятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья.**

Убедитесь, что дети, которые сидят в колясках или пользуются ходунками, тростями или костылями, имеют достаточно места в классе, чтобы иметь повсюду доступ.

 Убедитесь, что дети с трудностями по зрению и слуху сидят на ковре или за столом в таком месте, где они могут принимать полное участие в деятельности класса. Убедитесь в том, что дети, которые имеют трудности в обучении, могут принять участие в играх, а также использовать все возможности обучения.

 Убедитесь, что все дети с любыми медицинскими проблемами, которым необходимо есть, пить или ходить в туалет более часто, чем другим детям, могут делать это, не чувствуя себя неловко.

 Если ребенок не может долго стоять, убедитесь, что он не стоит в очереди, например, во время обеда, и садится хотя бы с одним другом (это можно варьировать), так чтобы ребенок не чувствовал себя одиноким или не находился бы только со взрослым.

 Если детям трудно сконцентрироваться или сидеть спокойно из-за невидимой инвалидности, такой как аутизм или недостаток внимания вследствие гиперактивности, позвольте им заняться тем, чем они хотят заниматься, даже если остальная группа делает что-то другое.

**Социально – психологическая атмосфера в классе.**

Если вы развили в классе атмосферу поддержки, которая было описано выше, дети будут рады и будут опекать любого новичка в классе. Они все будут чувствовать себя ответственными за то, чтобы новички хорошо себя чувствовали, и будут присматривать за ними.

 Желательно также, чтобы в течение первых нескольких недель у новичка появился один или два друга. Иногда ребенок, который имеет трудности в обучении или в поведении, сам выигрывает от того, что поддерживает другого. Педагоги должны быть в курсе того, как развиваются дружеские взаимоотношения в классе, так, чтобы при необходимости они могли вмешаться. Если вы заметили, что некоторые уверенные в себе дети контролируют создание дружеских отношений и дают понять другим детям, что они не желательны, вы должны пресечь это в корне, так как это может привести к неприятностям. Жестокие дети часто сами страдают от этого, и им становится легче, если педагог помогает им вести себя по-другому. Таких детей также следует хвалить за то, что они изменились.

 Педагоги имеют огромное влияние на маленьких детей, и если они ясно выразят, что является приемлемым или неприемлемым, то дети на это обязательно отреагируют. Даже очень маленькие дети в состоянии принять такие правила и сделать их своими. Вы не можете заставить детей быть близкими друзьями со всеми, но вы можете научить их быть терпимыми, добрыми и уважать чувства других, а также поддерживать друг друга, как в классе, так и за его пределами. Дети хотят иметь гармоничную и счастливую атмосферу, так как они много времени проводят в классах и чувствуют себя комфортно в такой атмосфере. Это относится также и к тем детям, которые плохо себя ведут. Даже дети с трудным поведением, которые уже получили душевную травму из-за того, что произошло в их жизни раньше, могут расцвести в благополучной атмосфере взаимопомощи.

**Развитие у учащихся толерантности к людям с инвалидностью**

 Педагоги могут разъяснять тему равноправия людей с инвалидностью своим классам/группам, пригласив взрослого или ребенка с инвалидностью, который опишет социальную модель инвалидности, проведет беседу с детьми. Подготовьте класс к беседе, объяснив понятие «инвалидность» и «ограниченные возможности» и обсудив, кто же является инвалидом. Это может быть любой «отличающийся от других».

 Объясните различие между тем, что человек болен или повредил себе что-либо на короткое время, и человеком с инвалидностью. Многие дети имеют опыт болезни или травмы. Поговорите с ними об этом и о том, что в них изменялось, и как вело себя их тело. Спросите их, как они при этом себя чувствовали. Объясните им, что инвалидность - это то, что происходит с телом, когда человек не выздоравливает или период заболевания составляет больше года. Перечислите различные виды инвалидности. Инвалидность может быть по зрению, по слуху, ментальная, физическая и такая, когда внутренние органы работают не так, как следует.

 Попросите человека с инвалидностью рассказать что-то из его собственного опыта, это имеет большое влияние на детей. Им стоит рассказать о том, что они чувствуют, как их обзывали лишь за то, что они являются инвалидами. Детям следует понять, что дискриминация по признаку инвалидности является притеснением и не считается только личной проблемой индивидуума.

 Дети из класса/группы могут рассказывать о своем опыте или об инвалидах, которых они знают, например, о своих родственниках или о друзьях. Любые дети-инвалиды в классе должны чувствовать себя свободно и говорить раскованно, включая детей со скрытыми ограничениями (например, эпилепсия, диабет, хроническая астма). Педагог может отметить любые способности или достижения выступающего ребенка-инвалида или любых детей-инвалидов в классе.

 Не запрещайте детям задавать вопросы об ограниченных возможностях человека. Лучше спросите человека, о котором идет речь, хочет ли он ответить на вопрос. Если хочет - замечательно. Если же не хочет, объясните ребенку, что человек не хочет говорить об этом сейчас. Предположим, вы сами знаете ответ или готовы найти ответ на вопрос, предложите ребенку спросить вас об этом позже наедине.

 Убедитесь, что вы не говорите об инвалидности как о несчастье, не противопоставляете ее различию. Инвалиды совсем не обязательно чувствуют себя больными или жаждущими излечения. Детям-инвалидам нужно, чтобы в их жизни присутствовали позитивные ролевые модели взрослых инвалидов, а также необходим позитивный словарь, чтобы говорить о себе и о своей жизни.

 Дайте детям-инвалидам шанс рассказать о своих ограниченных возможностях, но не заставляйте их делать это. Будьте готовы сами рассказывать о своих ограниченных возможностях. Дайте им возможность отождествлять себя с вами.

Создайте такую атмосферу, чтобы дети могли свободно выражать свои мысли и любопытство. Вы можете использовать в своем учебном плане вопросники, чтобы вовлечь весь класс в то, чтобы задавать друг другу вопросы.

 Имейте изображения детей-инвалидов в вашем окружении. Задайте детям вопросы об этих людях.

7. ПЛАН РАБОТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ ЛИЦЕЯ С ДЕТЬМИ ИНВАЛИДАМИ

НА 2014 – 2015 УЧ. ГОД

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *№ пп* | *Наименование мероприятий* | *Сроки реализации* | *Ответственные* |
| *Обеспечение организационно-педагогических условий для обучения детей-инвалидов в общеобразовательных классах* |
| 1. | Составление расписания, планирование содержания обучения, обеспечение учебниками  | Август | Зам. директора по УВР, кл. рук,соц. педагог |
| 2. | Анализ документации и заключений внешней ПМПК вновь прибывших учащихсяУточнение списка и данных на детей инвалидов | Сентябрь | Зам. директора по УВР, кл. рук,соц. педагог |
| 3. | Выбор оптимальных программ развития для детей инвалидов, составление ИКОМов, на основе сбора данных специалистами ПМПк | Октябрь | Зам. директора по УВР, кл. рук.соц. педагог, педагог - психолог |
| 4. | Проведение методического семинара для педагогов, классных руководителей: Психолого – педагогические технологии сопровождения учащихся с ОВЗ.  | Октябрь | Зам. директора по УВР,соц. педагог, педагог - психолог |
| 5.  | Проведение классных часов, направленных на развитие толерантности учащихся. | В течение года | Кл. рук. |
| *Психолого – педагогическая поддержка детей инвалидов и их родителей* |
| 6. | Работа информационно - консультационного пункта для родителей детей-инвалидов | В течениегода | Зам. дир., кл. рук., соц.пед. |
| 7. | Индивидуальное и семейное консультирование родителей детей-инвалидов педагогом-психологом | В течениегода | Педагог-психолог |
| 8. | Коррекционно-развивающие занятия с детьми – инвалидами, по спец. программам, определённым в ИКОМе:* «Основы профессионального самоопределния»
* «Шаг навстречу»
* «Азбука общения»
* «Расти здоровым»
* «Дорогою добра»
 | В течениегода | Педагог-психолог, соц. педагог |
| 9. | Привлечение детей-инвалидов к участию в школьных мероприятиях и классных коллективах | В течениегода | Кл. рук.,пед. орг. |
| 10. | Новогодние мероприятия с вручением новогодних подарков | Декабрь 2014 | Педагоги- организаторы |
| *Физическая реабилитация детей-инвалидов* |
| 11. | Организация бесплатного питания для детей-инвалидов | В течение года | Кл. рук.,отв. за организацию питания |
| 12. | Изучение потребностей детей-инвалидов в спортивных занятиях (вид спорта, форма занятий) | В течениегода | Зам. директора по УВР |
| 13. | Создание условий для занятий детей-инвалидов спортом в школе (при отсутствии противопоказаний). | В течениегода | Учителя физкультуры |
| 14. | Мониторинг участия детей-инвалидов в работе спортивных секций, соревнованиях | В течение года | Учителя физкультуры |
| *Профессиональная ориентация детей-инвалидов* |
| 15. | Диагностика профессиональной направленности для старшеклассников.  | Февраль | Социальный педагог |
| 16. | Проведение индивидуальных консультаций для учащихся и их родителей по выработке профессиональной траектории развития личности. | Второе полугодие | Педагог-психолог, социальный педагог |
| 17. | Проведение занятий по программе «Основы профессионального самоопределения» для старшеклассников.  | Второе полугодие | Педагог-психолог, социальный педагог |

8. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия. – М.: ООО «Аспект», 2005 г.
2. Заваденко Н.Е. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-Пресс, 2000. – 112 с.
3. Логинова, Ю. Н. Понятия индивидуального образовательного маршрута и индивидуальной образовательной траектории и проблема их проектирования // Биб-ка журнала «Методист».–2006.-№ 9.–С. 4–7.
4. Практические материалы для педагогов-психологов по работе с обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, включенными в дистанционную форму обучения. Управление по делам образования города Челябинска. Управление образования Тракторозаводского районаАдминистрации города Челябинска. МАУ ЦППМСП Тракторозаводского района г.Челябинска, 2014 г.
5. Разработка и реализация индивидуальной образовательной программы для детей с ограниченными возможностями здоровья в начальной школе. Методические рекомендации для учителей начальной школы / Под. ред. Е.В. Самсоновой. — М.: МГППУ, 2012. — 84 с.
6. Создание специальных условий для детей с расстройствами аутистического спектра в общеобразовательных учреждениях: Методический сборник / Отв. ред. С.В. Алехина // Под. ред. Е.В. Самсоновой. — М.: МГППУ, 2012. — 56 с.
7. Степина М. Н. Создание условий для реализации индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов в образовательных учреждениях: сборник методических материалов / Челябинск: МБОУ ДПО УМЦ, 2013. – 84 с.
8. Усанова О. А. Специальная психология. – Спб.: Питер, 2006.–400с.

9. ПРИЛОЖЕНИЕ

**Индивидуальный коррекционно-образовательный маршрут**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| на  | I - II | полугодие | 2014-2015 | учебного года |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Обучающегося | 11 А класс (Общеобразовательный класс) | МБОУ лицей №120 |
| ФИО обучающегося | *-----------------------* |
| Дата рождения | ----------------------- |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ведущий специалист | педагог-психолог, социальный педагог, классный руководитель |  |

Заключение специалистов:

|  |  |
| --- | --- |
|  | № 000000 |
|  | Бюро №12 филиал ФКУ «ГБ МСЭ по Челябинской области» |
|  | Обучение по программе основного общего образования. |

Программа коррекции специалистов МБОУ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Компоненты/специалист | Направления коррекционной работы | Программы и метод. рекомендации | Форма занятий |
| **Образовательный компонент** (учитель) | Реализация образовательной программы основного общего образования по учебным предметам базисного школьного учебного плана. | Классно-урочная |
| **Коррекционно-****развивающий компонент** (педагог-психолог) | Оптимизация процесса развития личности, формирование соответствия профессиональных планов индивидуальным особенностям личности:1. Приобретение знаний о сферах профессиональной деятельности
2. Изучение своих индивидуальных особенностей, развитие способности к рефлексии
3. Знакомство с психологическими основами выбора профессии
4. Повышение степени соответствия направленности личности, выбранной профессии
 | Коррекционно – развивающая программа «Основы профессионального самоопределения». Князева К.Н. 2005г. | Индивидуальная |
| **Социально-педагогический компонент**(социальный педагог) | Формирование у подростков навыков эффективной адаптации в обществе через развитие черт толерантной личности.  | Профилактическая психолого-педагогические программа «Шаг навстречу»Авторы: Пивцова Т.Н., Мацалова Л. Г., 2012. | Индивидуальная |
| **Воспитательный компонент** (классный руководитель) |  | Программа деятельности классного руководителя (утверждена МО классных руководителей МБОУ Лицея № 120) | Групповая |

|  |  |
| --- | --- |
| Рекомендации медицинского работника | Индивидуальный режим дня. Рациональное, сбалансированное диетическое питание. Закаливание. Витаминотерапия. Избегать переохлаждения. Постоянное наблюдение в поликлинике. |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Примечания |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Педагог-психолог |  |
| Социальный педагог |  |
| Классный руководитель |  |
| Медицинский работник |  |
| Заместитель директора |  |

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

С ИКОМом ознакомлен(а), одобряю, обязуюсь оказывать содействие в реализации ИКОМа, выполнять рекомендации специалистов.

­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КАРТА
РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

учащегося МБОУ Лицей № 120 г. Челябинска
на 20\_\_ - 20\_\_ учебный год

|  |
| --- |
| **УЧЕБА** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сильный ученик |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Слабый ученик |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Учится с интересом |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Учебой не |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | интересуется |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Много читает |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Мало читает |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ПОВЕДЕНИЕ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Упрямый |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Покладистый |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дисциплинированный |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Плохая дисциплина |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отсутствие конфликтов |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Частые конфликты |
| с учителями |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Агрессивное поведение |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Доброжелательный, спокойный |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Усидчивый |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Высокая двигательная |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | активность, неусидчивость |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Трудновоспитуем |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Легко поддается |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | воспитанию |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ОБЩАЯ АКТИВНОСТЬ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Высокая общественная |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Низкая общественная |
| активность |  |  |  |  |  |  |  |  |  | активность |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Хороший организатор |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Слабые |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | организаторские способности |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Высокая инициатива |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Низкая инициатива |
|  |  |  |
| Лидер |  |  |  |  |  |  |  |  |  | «Ведомый» |
| Высокий авторитет, |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Низкий авторитет |
| уважение товарищей |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Охотно выполняет |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отлынивает от |
| общественные поручения |  |  |  |  |  |  |  |  |  | общественныхпоручений |
| **ОБЩЕНИЕ В ШКОЛЕ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Имеет много друзей |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Непопулярен |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отсутствуют |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Многие |
| недоброжелатели |  |  |  |  |  |  |  |  |  | одноклассники недолюбливают его |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Открыт, общителен |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Замкнут |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Не боится публичных выступлений |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Робкий, застенчивый |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Открытый |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скрытый |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отзывчивый |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Черствый |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ориентируется на своё мнение |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Озабочен мнением окружающих |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дурно влияет на |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Является опорой |
| соучеников |  |  |  |  |  |  |  |  |  | педагога |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **НЕКОТОРЫЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Спокойный, уверенный |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Тревожный, неуверенный в себе |
| в себе |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Переоценивает, себя, свои силы |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Недооценивает себя, свои возможности |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Честолюбив |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скромный, |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | незаметный |

Выводы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение

Лицей № 120

**ПРОТОКОЛ**

Заседания психолого – медико – педагогического консилиума

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

Повестка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выступили:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Решение:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Заместитель директора  |  |
| Социальный педагог |  |
| Медицинский работник |  |
| Педагог-психолог |  |

Так же присутствовали:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_