**Индивидуальный образовательный маршрут**

Индивидуальный образовательный маршрут — это движение в образовательном пространстве, создаваемом для ребенка и его семьи при осуществлении образовательного и психолого-педагогического сопровождения в конкретном образовательном округе специалистами различного профиля с целью реализации индивидуальных особенностей развития. Для решения этой задачи в сегодняшней системе образования предполагается составление индивидуальных образовательных маршрутов для детей с ОВЗ.

При определении ребенка с ОВЗ в образовательное учреждение необходимо учесть:

* подходят ли условия учреждения для комфортного существования в нем ребенка —создана ли безбарьерная среда;
* насколько ребенок готов к посещению образовательного учреждения;
* есть ли возможность создания индивидуально-ориентированных программ на основе образовательной программы учреждения, и будет ли ребенок, обучающийся по этим программам, достаточно успешен при их выполнении;
* есть ли в данном учреждении структурные подразделения, дополнительные специалисты, способные оказать профессиональную помощь ребенку;
* организовано ли психолого-педагогическое сопровождение.

Структура [проектирования индивидуального образовательного маршрута](http://croold.edu-nv.ru/files/prezentaciya_proektir_individ_obr_marsh.pptx) включает в себя следующие компоненты.

*Комплексная психолого-медико-педагогическая диагностика* детей с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями с целью определения актуального уровня развития и их потенциальных возможностей. Эту работу выполняют психолого-медико-педагогические комиссии (ПМПК), в которых по результатам обследования даются рекомендации по созданию условий получения психолого-медико-педагогической помощи и организации обучения и воспитания (внешние или внутренние образовательные маршруты) и направление в образовательные учреждения. При согласии родителей (законных представителей) с заключением и рекомендациями ПМПК им может быть выдано на руки заключение ПМПК с рекомендациями. Заключение ПМПК предоставляется родителями (законными представителями) в комиссию по комплектованию, которая знакомится с заключением ПМПК и выдает родителям путевку в соответствующее образовательное учреждение (структурное подразделение). Родители (законные представители) при оформлении ребенка в указанное образовательное учреждение передают путевку руководителю этого образовательного учреждения.

ПМПК дает рекомендации по созданию (изменению) специальных условий обучения (воспитания).

При составлении *индивидуального образовательного маршрута* необходимо довести до родителей информацию:

* о предельно допустимых нормах учебной нагрузки;
* об основных образовательных программах;
* о дополнительных коррекционно-развивающих программах;
* о содержании психолого-педагогической коррекции;
* о возможности и правилах внесения изменений в индивидуальный образовательный маршрут.

При разработке *индивидуального маршрута* обязательно учитываются организационные условия включения различных категорий детей с ОВЗ в образовательное пространство.

Для проведения психолого-педагогической оценки динамики развития ребенка и определения механизмов и конкретных способов реализации индивидуального образовательного маршрута и, в частности, для разработки индивидуальной образовательной программы в образовательном учреждении создается Психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) Для обеспечения эффективного взаимодействия всех субъектов инклюзивного образовательного процесса выбирается координатор. В обязанности координатора по инклюзии входит:

* взаимодействие с ПМПК;
* организация подготовки персонала инклюзивной группы/класса к приходу ребенка с ОВЗ;
* организация подготовки родителей нормально развивающихся детей к приходу в класс/группу ребенка с ОВЗ;
* организация методической помощи специалистам по адаптации каждого ребенка с ОВЗ и включению его во взаимодействие с другими детьми;
* оказание помощи психологу;
* организация взаимодействия специалистов и учителей, воспитателей инклюзивных классов/групп: ведение журнала взаимодействия, текущих записей по каждому ребенку;
* контроль над ведением документации по каждому ребенку специалистами ОУ, посещение занятий специалистов;
* организация и контроль над проведением психолого-педагогической диагностики с целью отслеживания динамики развития ребенка (примерно 3 раза в год);
* организация работы ПМПк по обсуждению достижений каждого ребенка (3 раза в год — плановые консилиумы, а также по запросу родителей или педагогов);
* организация взаимодействия с семьей ребенка с ОВЗ: встречи с родителями, беседы, консультации, информационная поддержка, составление индивидуального плана развития ребенка с учетом интересов семьи, привлечение родителей к участию в коррекционно-развивающей работе, организация встреч родителей со специалистами, консилиума с участием родителей — по запросу родителей или педагогов;
* организация консультаций ребенка у специалистов (невропатолога, психоневролога или других) по запросу родителей или педагогов;
* налаживание сотрудничества со специалистами других организаций, занимающихся с ребенком с ОВЗ, посещающим ОУ
* организация преемственности инклюзивного образования: помощь в выборе ОУ при переходе ребенка на следующую ступень образования (например, из детского сада в школу), налаживание контактов с педагогическим коллективом ОУ, в которое поступает ребенок с ОВЗ, помощь в его адаптации.

Решение о направлении ребенка с ОВЗ в образовательное учреждение принимается родителями на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК). В данном документе должны быть представлены образовательный маршрут ребенка, перечень и описание условий, необходимых для разработки и реализации индивидуальной образовательной программы.

*Приведем пример разработки специалистами ПМПК образовательного маршрута для дошкольника с расстройствами аутистического спектра* (ребенок наблюдался с 4-летнего возраста).

1. *Первичный прием* специалистами ПМПК и рекомендации ПМПК по определению образовательного маршрута.

Оценка состояния ребенка на приеме ПМПК. В поведении неадекватен, испуган, сильно возбужден, демонстрирует множественные стереотипии и эхолалии. Можно предположить наличие страхов, в том числе вычурных. Контакт формальный, на фоне утомления то демонстрирует аутоагрессию, то безучастно лежит на ковре.

Рекомендации ПМПК. Посещение группы кратковременного пребывания «Лекотека», в течение 6 мес., при наличии тьютора (специалиста сопровождения) с постепенным переходом от индивидуальных к групповым формам взаимодействия и наличии индивидуальных и групповых коррекционных занятий. Наблюдение врача-психиатра.

2. *Повторное ПМПК* (динамическое). Проводится с целью оценки динамики развития регуляторной и эмоциональной сфер и оценки возможностей ребенка находиться в инклюзивной среде.

Оценка состояния ребенка на приеме ПМПК. В поведении более упорядочен, проявление аутоагрессии на приеме не демонстрирует, контакт с взрослым по поводу предмета остается формальным, действия с предметами стереотипные. По заключениям специалистов ДОУ, может «заниматься» около 15–20 мин. в индивидуальном режиме, проявляет больший интерес к происходящему вокруг, речь не так изобилует эхолалиями. Выполняет без негатива простые режимные моменты (садится пить чай, убирает игрушки). Ребенок наблюдается врачом-психиатром, принимает медикаментозное лечение.

*Рекомендации ПМПК.* Посещение группы кратковременного пребывания «Особый ребенок» с частичной гибкой интеграцией в среду обычных сверстников в инклюзивной группе ДОУ (с сопровождением специалиста группы «Особый ребенок») сроком на 6 мес. Постепенное увеличение времени пребывания в среде обычных детей. Индивидуальные и групповые коррекционные и развивающие занятия с психологом, дефектологом, логопедом. Занятия ЛФК. Определение срока пребывания в таком режиме по усмотрению ПМПк ОУ.

В задачу психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения входит:

* разработка и уточнение *индивидуального образовательного маршрута*;
* разработка содержательной части *индивидуального образовательного маршрута*;
* динамическая оценка эффективности мероприятий по социальной адаптации ребенка с ОВЗ;
* моделирование индивидуально ориентированных образовательных и коррекционно-развивающих программ на основе использования существующих программ;
* изменение, при согласии родителей, образовательной траектории ребенка с ОВЗ (например, изменение соотношения индивидуальных и групповых форм работы, время пребывания ребенка в среде сверстников и т.п.);
* выявление среди основного контингента учащихся, воспитанников детей с особыми образовательными потребностями, не проходивших обследование в ПМПК, но нуждающихся в психолого-педагогической поддержке;
* мониторинг образовательной и социальной адаптации всех детей инклюзивных классов/групп;
* координация взаимодействия всех специалистов ОУ по организации инклюзивной практики;
* при выявлении изменений психофизического и соматического состояний направление родителей на консультацию к специалистам медицинского профиля.

Вышеперечисленные задачи решаются на плановых и внеплановых консилиумах ОУ. Как правило, плановые консилиумы проводятся 3–4 раза в год. Внеплановые консилиумы собираются по запросам специалистов.

По результатам обследования ребенка на школьном консилиуме и последовательной аналитической работы каждый специалист по своему направлению составляет план коррекционной работы с ребенком. Все рекомендации специалистов объединяются в индивидуальную комплексную коррекционно-образовательную программу.

На психологическую коррекцию отводится не более 1 ч. в неделю; на медицинское сопровождение в условиях школы — 30 мин. в неделюв виде приема фиточая и медикаментозных препаратов, рекомендованных врачом. На занятия с логопедом данному ребенку рекомендовано до 3 ч. подгрупповой работы в неделю.

**Комплексное обследование** предусматривает участие следующих специалистов: **Врачи-специалисты** (педиатр, психиатр, невролог, отоларинголог, окулист, хирург-ортопед, сурдолог). В случае наличия у ребенка множественных нарушений желательно предусмотреть консультацию генетика для исключения хромосомной патологии. Врачи-специалисты указывают дату осмотра, диагноз, назначения, сведения о госпитализациях и санаторно-курортном лечении. Данные сведения анализируются вместе с анамнезом (история возникновения и развития основного заболевания) из амбулаторной карты.

**Сведения о семье** может собирать социальный педагог либо воспитатель, либо классный руководитель совместно с психологом. Проводится анкетирование или беседа с родителями, в ходе которых выясняются сведения о составе семьи; ФИО, возрасте, образовании родителей (или лиц их заменяющих); жилищных условиях и материальном положении; характере взаимоотношений в семье, стиле и особенностях воспитания. Данные сведения помогают определить реабилитационный потенциал семьи, выявить наиболее активных членов семьи для привлечения к участию в коррекционном процессе. Для семей с низким уровнем реабилитационного потенциала необходимо предусмотреть систему специальных мер по повышению мотивации.

Те же специалисты собирают **сведения о социальном развитии** ребенка. Сюда входит представления ребенка о себе и своих родственниках; особенности коммуникации (с взрослыми, со сверстниками); используемые средства общения (вербальные, невербальные); особенности характера, эмоционально-волевой сферы, поведения; навыки самообслуживания; интересы и предпочтения ребенка в играх, общении, деятельности.

**Дефектолог (или дефектолог с психологом)** определяет особенности психических процессов; моторики общей и мелкой; предметно-практической и продуктивных видов деятельности; особенности игры.

Особое внимание уделяется следующим критериям оценки деятельности:

- восприятию и пониманию инструкции;

- наличию мотивации к деятельности;

- возможности удержания мотивации и алгоритма деятельности;

- темповым характеристикам деятельности;

- характеру выполнения (обследовательские действия);

- степени самостоятельности;

- умению принимать и выполнять задания с помощью взрослого;

- возможности саморегуляции и самоконтроля своей деятельности.

Задача специалистов – определить уровень актуального развития ребенка и зону ближайшего развития.

**Логопед** определяет предпосылки развития речи, особенности и уровень развития экспрессивной и импрессивной речи. Среди детей со сложными (комплексными) нарушениями часто встречаются дети, которых специалисты относят к категории «безречевых» детей. В этом случае логопеду необходимо:

- определить все имеющиеся вокализации и звукосочетания у ребенка, выявить наиболее близкие по звучанию и артикуляции к звукам родного языка (это позволяет определить последовательность отработки звуков в процессе логопедической работы);

- выявить произвольность и осознанность их использования (соотносит ли определенную вокализацию с конкретными предметами, действиями или проявляется спонтанно вследствие эмоциональных реакций);

- определить характер употребления вокализаций (постоянный или непостоянный, то есть использует одни и те же вокализации, доступные для произношения, или они варьируются вне зависимости от ситуации);

- эмоциональную окрашенность вокализаций, позволяющих понять смысловые оттенки;

- способность к подражанию: вместе с логопедом или за логопедом повторить доступные вокализации, но с измененными характеристиками (интонацией, силой, высотой голоса, темпом) или в новой ситуации (например, в процессе расширения смыслового оттенка имеющейся вокализации);

Задача логопеда – определить сформированность коммуникативных навыков (невербальных и вербальных) и возможности их использования в разных ситуациях общения.

Если у ребенка сохранны вербальные средства общения, то логопед обследует речевые функции по адаптированной диагностической схеме, то есть разработанной индивидуально с учетом речевых возможностей ребенка. При этом особое внимание уделяется обследованию языковых компонентов на уровне импрессивной речи, а экспрессивная речь обследуется в различных ситуациях общения.

Все данные оформляются в индивидуальную карту комплексного сопровождения ребенка.

В процессе обследования определяется уровень психоречевого развития ребенка и степень отставания по возрасту, т.е. какому возрасту соответствуют основные показатели нервно-психического развития. Для ребенка с комплексными нарушениями развития такими показателями будут являться: понимание речи, активная речь, сенсорное развитие, игра, предметно-практическая и различные виды продуктивных видов деятельности, движения, навыки самообслуживания.

Необходимо также в процессе обследования определить структуру нарушения, т.е. соотношение первичных и вторичных отклонений, а также **степень выраженности первичных нарушений и характер влияния друг на друга**.

*Пример Индивидуального образовательного маршрута.*

**Индивидуальный образовательный маршрут**

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на 20..–20.. учебный год

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Направление работы/****специалист** | **Кол-во часов в неделю** | **Время проведения** | **Используемые** **программы и** **технологии** | **Форма** **проведения занятий** | **Ф.И.О. специалиста** |
| Психологическая помощь (педагог-психолог) |   |   |   |   |   |
| Дефектологическая, логопедическая помощь (учитель-дефектолог, учитель-логопед) |   |   |   |   |   |
| Общеразвивающая и учебная подготовка (воспитатель и учитель) |   |   |   |   |   |
| ЛФК (тренер по ЛФК) |   |   |   |   |   |
| Плавание (тренер) |   |   |   |   |   |
| ПМПК |   |   |   |   |   |
| Другое |   |   |   |   |   |