**Особенности сопровождения**

**ребёнка с ОВЗ в условиях ДОУ**

Сегодня одной из важных сфер деятельности, в которой тесно переплетаются интересы родителей, медицинских работников, педагогов, психологов, различных социальных институтов, всего общества в целом является защита прав человека на охрану и укрепление здоровья, на свободное развитие в соответствии с индивидуальными возможностями и способностями. Актуальность рассматриваемой проблемы усиливается в силу того, что здоровье является приоритетной человеческой ценностью, обеспечивающей активность человека во всех видах деятельности и реализацию его жизненных смыслов

Современная система российского специального образования определяет приоритетные цели и задачи, решение которых требует построения адекватной системы психолого-педагогического сопровождения воспитание и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. В современном представлении понятие качество образования не сводится к обученности воспитанников дошкольного образовательных учреждений, набору знаний и навыков, а связывается с понятием социальное благополучие, защищенность. В связи с этим сопровождение дошкольников с ОВЗ не может быть ограничена рамками задач преодоления трудностей в воспитании и обучении, а включает в себя обеспечения успешной социализации, сохранения здоровья, коррекцию нарушений.

В  соответствии  с  Федеральным Государственным Образовательным Стандартом дошкольного образования   в дошкольных образовательных учреждениях  необходимо учитывать индивидуальные потребности  ребёнка, связанные с его жизненной ситуацией и состоянием здоровья, определяющие особые условия получения им образования (далее особые образовательные потребности), индивидуальные потребности отдельных категорий детей. В том числе с ограниченными возможностями здоровья.

**Дети с ОВЗ – к категории детей с ограниченными возможностями здоровья относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля за своим поведением, обучения, общения, трудовой деятельности в будущем, подтверждённые психолого-медико-педагогической комиссией.**

Приоритетными задачами психолого-педагогического сопровождения развития детей с  ОВЗ в ДОУ являются:

         Создание для ребенка эмоционально благоприятного микроклимата в группе, при общении с детьми педагогическим персоналом.

         Учет индивидуальных особенностей развития детей в единстве интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой сфер их проявления.

         Оказание помощи детям, нуждающимся в особых обучающих программах, специальных формах организации их деятельности.

         Повышение психологической компетентности воспитателей, родителей по вопросам воспитания и развития ребенка.

**Правовую основу** работы по раннему выявления детей с ограниченными возможностями здоровья составляют нормативные правовые акты, в том числе Конституция РФ, федеральные конституционные законы, федеральные законы и подзаконные акты, ведомственные акты Министерства образования и науки нормативного и рекомендательного характера, законы и подзаконные акты субъектов РФ по вопросам воспитания и образования лиц с ограниченными возможностями здоровья; решения Конституционного Суда РФ; материалы судебной практики; материалы общественных правозащитных организаций; материалы, подготовленные в государственных органах по защите прав человека, в том числе Доклады Уполномоченного по правам человека Российской Федерации, Уполномоченного по правам ребенка Республики Крым; аналитические обзоры по вопросам образования лиц с ограниченными возможностями в Российской Федерации, подготовленные Министерством образования и науки РФ, Департаментом социальной защиты населения Республики Крым и др.

Группа детей  с   ОВЗ  чрезвычайно неоднородна, в нее входят  дети  с разными нарушениями развития. По классификации, предложенной В.А.Лапшиным и Б.П. Пузановым, к основным категориям детей  с ОВЗ относятся:

**Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);**

**Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);**

**Дети с нарушением речи (логопаты);**

**Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;**

**Дети с умственной отсталостью;**

**Дети с задержкой психического развития;**

**Дети с нарушением поведения и общения;**

**Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью и др.).**

**Основные категории речевых нарушений**

**Общее недоразвитие речи (сокращенно, ОНР)** — это речевые расстройства, при которых у детей с нормальным уровнем слуха и интеллекта наблюдается нарушение формирования всех компонентов речевой системы: фонетики, лексики и грамматики.

**Причины возникновения ОНР**

различные инфекции в период беременности; ранний или, наоборот, поздний токсикозы при беременности; несовместимость резус-фактора и группы крови ребенка и матери; родовая травма или патология во время родов; различные заболевания ЦНС; травмы головного мозга в первые годы жизни ребенка.

**Характеристики детей с ОНР**

Несмотря на различные причины возникновения дефектов, у детей с ОНР наблюдаются типичные проявления: первые слова появляются ближе к 3-4 годам, речь малопонятна, аграмматична, недостаточно фонетична, кроме того, ребенок понимает речь окружающих, но не может сам сформулировать свои мысли. У детей с ОНР отмечается недостаточно устойчивое внимание, а также снижение вербальной памяти. В целом, обладая полноценными возможностями освоения мыслительных операций, соответствующих возрасту, у детей с ОНР наблюдается отставание в развитие логического мышления. Кроме всего прочего, дети заметно отстают в развитие двигательной сферы.

**Выделяют четыре уровня ОНР**

1 уровень — у детей полностью отсутствует речь, их словарный запас состоит из «лепетных» слов, звукоподражаний, мимики и жестов;

2 уровень — к «лепетным» выражениям добавляется искаженные, однако достаточно понятные общеупотребительные слова. При этом у детей заметно нарушена слоговая структура, а произносительные возможности отстают от возрастной нормы;

3 уровень — уже появляется развернутая речь, ребенок может произносить целые фразы, однако присутствуют нарушения фонетико-фонематического и лексико-грамматического характера. Свободное общение с окружающими затруднено, дети могут вступать в контакт только в присутствии близких людей, которые вносят пояснения в их речь;

4 уровень — наблюдается отсутствие нарушений звукопроизношения, но при этом дети имеют не внятную дикцию, часто путают местами слога и звуки. Не первый взгляд эти недостатки кажутся несущественными, но в итоге затрудняют у ребенка процесс обучения чтению и письму.

**Стёртая дизартрия** встречается очень часто в логопедической практике. Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в сложных по слоговой структуре словах и др. Это речевая патология, проявляющаяся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой функциональной системы и возникающая вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

**Моторная алалия**  — патология, при которой плохо развита экспрессивная речь. Данное недоразвитие заключается в затруднениях овладевания основными навыками речи (грамматического строя, словарём, связной речи и др.) при нормальном её восприятии. То есть ребёнок говорит плохо или вообще не говорит, но вашу речь понимает нормально.

**Задержка психического развития**

**Задержка психического развития** характеризуется неравномерным формированием процессов познавательной деятельности, обусловленное недоразвитием речи и мышления, а также присутствием расстройств в эмоционально-волевой сфере. Таким образом, задержка психического развития проявляется как в эмоционально-волевой незрелости, так и в интеллектуальной недостаточности. Задержка психического  развития – временное отставание психики в целом или отдельных ее функций (моторных сенсорных, речевых, эмоционально-волевых), замедленного темпа реализации закодированных в генотипе свойств организма.

**Восприятие** детей с ЗПР отличается крайне ограниченным объемом (при наличии вполне нормальных зрения и слуха). В воспринимаемом объекте дети выделяют гораздо меньше признаков, чем их сверстники, но больше, чем олигофрены.

При непосредственном **запоминании** относительно легкого материала значимых различий между этими детьми и их более развитыми сверстниками не наблюдается. Однако отсроченное воспроизведение того же материала показало, что дети с ЗПР быстро забывают то, что ими было выучено. Основным приемом заучивания является многократное механическое повторение, зазубривание. Вследствие этого, при запоминании сложного материала, требующего понимания, применение вспомогательных приемов (классификация, выделение смысловых опор и т.д.), данная категория детей значительно отстает от своих сверстников. Гораздо слабее у них и непроизвольное запоминание. **Внимание** детей с ЗПР отличается крайней неустойчивостью, легкой отвлекаемостью, слабой распределенностью и концентрацией, они быстро утомляются на занятиях.

Особенно существенно отставание детей с ЗПР в развитии мышления и речи**.** Их представления бедны, схематичны, нередко отсутствуют элементарные представления об окружающих предметах. Весьма ограничен круг первичных понятий. Кроме этого, отмечается низкий навык самоконтроля, что особенно проявляется в процессе деятельности.  Но, в отличие от умственно отсталых детей, у них выше обучаемость, они лучше используют помощь и способны применять показанный способ действия при выполнении аналогичных заданий. Речь этих детей бедна, примитивна, им требуется много усилий, чтобы пополнить ее новыми словами, ввести их в свой активный словарь. Детям с ЗПР труден звуковой анализ. В математике – трудности в овладении составом числа, счетом с переходом через десяток, в решении задач с косвенными вопросами и т.д. Восприятие у детей с ЗПР поверхностное, они часто упускают существенные характеристики вещей и предметов, при этом специфика восприятия при ЗПР проявляется в его ограниченности, фрагментарности и константности. У детей с ЗПР замедлен процесс формирования межанализаторных связей: отмечаются недостатки слухо-зрительно-моторной координации. В связи с неполноценностью зрительного и слухового восприятия у детей с ЗПР недостаточно сформированы пространственно-временные представления. По мнению ряда зарубежных психологов, это отставание в развитии восприятия является одной из причин трудностей в обучении.Недостатки в развитии произвольной памяти проявляются в замедленном запоминании, быстроте забывания, неточности воспроизведения, плохой переработке воспринимаемого материала. В наибольшей степени страдает вербальная память. На передний план в структуре нарушения мнемической деятельности выступает недостаточное умение применять приемы запоминания, такие как смысловая группировка, классификация. Недостаточность произвольной памяти у детей с ЗПР в значительной степени связана со слабостью регуляции произвольной деятельности, недостаточной ее целенаправленностью, несформированностью функции самоконтроля. Внимание характеризуется неустойчивостью, что приводит к неравномерной работоспособности, детям с ЗПР трудно собрать, сконцентрировать внимание. Отставание особенно заметно в мыслительной деятельности детей с ЗПР. Они испытывают трудности в формировании образных представлений, у них не формируется соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления. Т.В. Егорова, изучая особенности наглядно-образного мышления детей с ЗПР, обнаружила недостатки сформированной зрительно-аналитико-синтетической деятельности. Недостатки мышления у детей с ЗПР проявляются в низкой способности к обобщению материала, слабости регулирующей функции мышления, низкой сформированности основных мыслительных операций анализа и синтеза.

Таким образом, анализ психологических исследований показал, что структура ЗПР в старшем дошкольном возрасте определяется недостаточной сформированностью мотивационной стороны психической деятельности, недостаточным формированием операций мыслительной деятельности, трудностями в формировании ведущей деятельности возраста, неравномерным формированием процессов познавательной деятельности, а именно логического запоминания, словесно-логического мышления, пространственно-временных представлений, активной функции внимания.

Психолого-педагогические исследования детей с ЗПР позволяют выявить своеобразие познавательной, речевой и эмоционально-волевой сферы, определить в какой степени это оказывает влияние на формирование интеллектуальной готовности ребенка к школьному обучению.

Важное значение для обучения детей с ЗПР имеет их готовность к усвоению счета. Для этого, прежде всего, важно научить детей выполнять различные классификации и группировки предметов по существенным признакам, активизировать мыслительные операции, развитие пространственных представлений. Показателем готовности детей с ЗПР к обучению письму является развитие зрительно-моторной координации, мелкой моторики, активной функции внимания и зрительной памяти.

По этиопатогенетической классификации различают следующие виды ЗПР.

Конституциональная ЗПР имеет форму, которую определяет наследственность. Для детей с этим видом ЗПР характерна гармоничная незрелость телосложения и одновременно психики, что свидетельствует о наличии гармонического психофизического инфантилизма. Настроение такого ребенка преимущественно положительное, он быстро забывает обиды

Психогенная ЗПР.Дети этого вида   отличаются нормальным физическим развитием, они соматически здоровы,  имеют мозговую дисфункцию. Причина их психического инфантилизма — социально-психологический фактор – неблагоприятные условия воспитания: однообразные контакты и среда обитания, эмоциональная депривация (недостаток материнского тепла, эмоциональных отношений),  обделённость, плохая индивидуальная мотивация. В результате у ребенка снижается интеллектуальная мотивация, наблюдается поверхностность эмоций, несамостоятельность в поведении, инфантильность в отношениях.

ЗПР церебрально-органического характера обусловлено локальным нарушением мозговых функций. Причины отклонений в развитии мозга: патология беременности, включая тяжёлый токсикоз, вирусный грипп, перенесённый матерью, алкоголизм и наркомания родителей, родовые патологии и травмы, асфиксия, тяжёлые заболевания на 1-м году жизни, инфекционные заболевания. У всех детей этого вида ЗПР отмечается церебральная астения, что проявляется в чрезмерной утомляемости, пониженной работоспособности, плохой концентрации внимания и памяти. Мыслительные процессы несовершенны, а показатели продуктивности таких детей приближены к показателям  детей-олигофренов.  Они усваивают знания фрагментарно, и те быстро забывают.

Соматогенная ЗПР  определяется вследствие перенесённых заболеваний, которые влияют на мозговые функции: хронические инфекции, аллергия, дистрофия, стойкая астения, дизентерия. Первично интеллект сохранен.

 Выготский Л. С. писал: «Дефект какого-нибудь анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений». То есть, не существует речевых расстройств, при которых вследствие межсистемных связей не отмечались бы другие психологические нарушения. Вместе они образуют сложный психологический профиль отклонений в психическом развитии у детей, в структуре которого одним из ведущих синдромов являются речевые нарушения.

**Психолого-педагогического сопровождения  детей  с ОВЗ в ДОУ**

Для успешности воспитания   и обучения  детей с *ОВЗ* необходима правильная    оценка их возможностей и выявление особых   образовательных  потребностей. В связи с этим особая роль   отводится психолого- педагогической диагностике.

**1.** Выявление детей данной категории специалистами ДОУ  ( старшим воспитателем, педагогом-психологом, инструктором по физической культуре,медсестрой), имеющих заключения городской  ПМПк

Оценка индивидуального развития детей представлена в Стандарте в двух формах диагностики - педагогической и психологической. Реализация Программы предполагает оценку индивидуального развития детей. Такая оценка производится педагогическим работником в рамках педагогической диагностики. Под педагогической диагностикой понимается такая оценка развития детей, которая необходима педагогу для получения «обратной связи» в процессе  взаимодействия с ребёнком.

Оценка (педагогическая диагностика)  становления основных (ключевых) характеристик развития личности ребенка осуществляется с помощью заполнения педагогами индивидуальных  карт развития. Карта развития  – удобный компактный инструмент, который позволяет педагогу оперативно фиксировать результаты наблюдений за детьми в процессе образовательной деятельности, интерпретировать данные и использовать результаты анализа данных при проектировании образовательного процесса и выстраивании индивидуальной траектории  развития детей.

 Речь идёт о постепенном смещении акцента с объективного (тестового) подхода в сторону аутентичной оценки.  Данные карты помогут  педагогам определить трудности, которые есть у ребёнка с ОВЗ  в определённых образовательных областях.

 Результаты педагогической диагностики могут использоваться исключительно для решения следующих образовательных задач:

* индивидуализации образования (в том числе поддержки ребенка, построения его образовательной траектории или профессиональной коррекции особенностей его развития)
* оптимизации работы с группой детей.

Результаты фиксируются в индивидуальной  карте  детского развития с рекомендациями по выстраиванию индивидуальной траектории развития  ребёнка с ОВЗ. Карта наблюдений включает показатели развития пяти образовательных областей по ФГОС ДО: физическое развитие, социально-коммуникативное развитие,  художественно-эстетическое развитие, познавательное развитие, речевое развитие. Показатели развития этих образовательных областей определяются по результатам наблюдения воспитателем за ребёнком в течение всего учебного года.

Показатель "сформирован" означает, что показатель устойчив, не зависит от особенностей ситуации, присутствия или отсутствия взрослого, других детей, настроения ребенка, успешности или не успешности предыдущей деятельности и т. д.

Показатель "находится в стадии формирования" означает, что показатель периодически проявляется и его проявление зависит от особенностей ситуации, наличия контроля со стороны взрослого, настроения ребенка и т. д.

Показатель "не сформирован" означает, что показатель проявляется крайне редко и его появление носит случайный характер

1.2  Дополнительно с  педагогической  оценкой   используется психологическая диагностика развития детей,  которую  проводит педагог-психолог ДОУ только с согласия родителей. Инструктор по физической культуре проводит комплексное обследование  физического развития.

2. Проведение на базе ДОУ Психолого-медико-педагогического консилиума, который осуществляет свою деятельность в соответствии с Законом РФ №273  “Об образовании в Российской Федерации”, письмом МО РФ № 27/901-6 от 27.03.2000 “О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения”, на основании «Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».

Психолого-медико-педагогический  консилиум  (ПМПк) дошкольного учреждения - совещательный орган, который является формой взаимодействия специалистов дошкольного учреждения.

*Целью ПМПк*  является обеспечение диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения воспитанников, исходя из реальных возможностей дошкольного учреждения  и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья, воспитанников, при необходимости дальнейшего направления на городскую ТПМПК.

*В задачи консилиума*  входят:

      организация и проведение комплексного изучения личности ребенка с использованием диагностических методик психологического, педагогического  обследования;

      выявление и ранняя (с первых дней пребывания ребенка в учреждении) диагностика отклонений в развитии и/или/ состоянии декомпенсации;

      выявление уровня и особенностей развития познавательной деятельности, памяти, внимания, работоспособности, эмоционально-личностной зрелости, уровня развития речи воспитанников;

      выявление резервных возможностей ребенка, разработка рекомендаций воспитателям и другим специалистам для обеспечения индивидуального подхода в процессе обучения и воспитания;

      выбор и составление оптимальных для развития ребенка  индивидуальных образовательных программ (маршрутов), соответствующих его готовности к обучению в зависимости от состояния его здоровья, индивидуальных особенностей его развития, адаптивности к ближайшему окружению;

      обеспечение общей коррекционной направленности учебно-воспитательного процесса, что предполагает активизацию познавательной деятельности детей, повышение уровня их умственного и речевого развития, нормализацию деятельности, коррекцию недостатков эмоционально-личностного развития;

      подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, динамику его состояния.

**СОСТАВ КОНСИЛИУМА ДОУ**

**      Старший воспитатель председатель – Коньшина Г.А.**

**      Медицинская сестра - Ищук Н.А.**

**      Педагог-психолог - Бондарь О.Ю.**

**      Инструктор по физической культуре – Лисенко Е.А.**

**       Воспитатели групп, представляющие ребёнка с ОВЗ**

**ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ КОНСИЛИУМА ДОУ**

Обследование ребенка специалистами ПМПк осуществляется по инициативе родителей (законных представителей) или сотрудников образовательного учреждения с согласия родителей (законных представителей) на основании Договора между ДОУ и родителями (законными представителями) воспитанника.

Заседания консилиума подразделяются на плановые (не реже одного раза в квартал) и внеплановые и проводятся под руководством председателя старшего воспитателя ДОУ.

По данным обследования каждым специалистом, участвовавшим в обследовании и коррекционной работе с ребенком, составляется Представление (Заключение) на ребенка и рекомендации (медицинские, психологические и педагогические), которые предоставляются на заседание консилиума.

Каждый специалист оформляет к консилиуму необходимую документацию, где на каждого ребенка ***заполняется  представления специалистов.***

***представление педагога– психолога*** на основе результатов скрининговой диагностики старших дошкольников выявляет детей с уровнем психического развития, не соответствующим возрастной норме. Далее с ними проводятся углубленная диагностика психической сферы (памяти, внимания, воображения, мышления, речевого развития), развития эмоционально – личностной, мотивационно – волевой сфер, а также диагностика межличностных взаимоотношений с другими детьми.

Воспитатели составляют на детей, имеющих отклонения в психоречевом развитии***, педагогическое представление***, где отражают трудности, которые испытывает тот или иной воспитанник в различных ситуациях; особенности индивидуальных черт их обучения и воспитания.

***Медицинская сестра – медицинское представление,*** где отражено состояние здоровья дошкольников и выписку из истории болезни.

***Инструктор по физической культуре-*** представляет результаты диагностики физического развития детей с ОВЗ.

**Взаимодействие специалистов в  рамках  сопровождения детей с ОВЗ**

**Инструктор по физической культуре** осуществляет решение задач по общему физическому воспитанию, направленных на укрепление здоровья, развитие двигательных умений и навыков в различных видах деятельности у данных воспитанников, проводит диагностику. В случае затруднений   у ребёнка с ОВЗ  оказывает  коррекционную помощь: подбирает игры,  упражнения.

**Педагог-психолог** осуществляет психологическое сопровождение детей с ОВЗ:  разрабатывает рекомендации в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями детей, проводит мероприятия, способствующие повышению профессиональной компетенции педагогов, включению родителей в решение коррекционно-воспитательных задач.  Углубленное исследование, консультирование педагогов, родителей, коррекцию  эмоционально-личностной сферы.

**Воспитатели**   Реализация личностно-ориентированного подхода в обучении детей с ОВЗ через совершенствование методов и приёмов работы. Осуществление коррекционной работы, направленной на раскрытие потенциальных возможностей

развития ребёнка, формирование опыта эмоционального и делового взаимодействия ребёнка со взрослым, стимулирование проявления потребности в контактах.

**Медицинская сестра** Выявление состояния физического  здоровья. Изучение медицинской документации: история развития ребенка, здоровье родителей, как протекала беременность, роды, изменений в физическом развитии (рост, вес т.д.), нарушения движений (скованность, параличи, парезы, стереотипные и навязчивые движения). Утомляемость. Состояние анализаторов. Медицинское сопровождение детей с ОВЗ: принимает участие в комплексном обследовании детей. Осуществляет консультативную помощь родителям и специалистам по проблемам, связанным с интеллектуальным развитием и психическими заболеваниями ребенка.

 Координирует и контролирует проведение ПМПк ДОУ председатель консилиума -  старший воспитатель.

Специалисты ПМПк несут ответственность за адекватность используемых диагностических и коррекционных методов работы

         Обоснованность рекомендаций

         Конфиденциальность полученной информации

         Соблюдение прав и свобод личности ребёнка

         Ведение документации и её сохранность

3. По результатам обследования  педагогического, медицинского, психологического на ПМПк   разрабатываются  рекомендации по созданию для ребёнка специальных образовательных условий (ст.79 ФЗ  №273 « Об образовании»)

( « Под специальными условиями для получения образования обучающихся с ОВЗ  такие условия, которые включают использование специальных образовательных программ».  В связи с этим, для получения общего образования детьми с ОВЗ в общеобразовательных организациях должны разрабатываться соответствующие адаптированные основные общеобразовательные программы (отдельными документами) с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей.

4. На основании рекомендаций ПМПк  специалисты, педагоги  образовательной организации разрабатывают индивидуальный образовательный маршрут для ребёнка с ОВЗ.

**Таким образом, индивидуальный образовательный маршрут - это краткая индивидуальная программа развития воспитанника с ОВЗ, где должны быть  отражены  и трудности, которые испытывает ребёнок в конкретной образовательнойобласти, и конкретные методы, приёмы для их преодоления (занятия, игры, упражнения и т.д.)**

При разработке индивидуального  маршрута  дошкольника мы опираемся на следующие принципы:

• **Принцип опоры на обучаемость ребенка.**

• **Принцип соотнесения уровня актуального развития и зоны ближайшего развития.** Соблюдение данного принципа предполагает выявление потенциальных способностей к усвоению новых знаний, как базовой характеристики, определяющей проектирование индивидуальной траектории развития ребенка.

• **Принцип соблюдения интересов ребенка**. Причиной любой проблемной ситуации развития ребенка выступает как сам ребенок, так и его социальное окружение. В сложных ситуациях требуется объективный анализа проблемы, учет жизненного опыта взрослых, их многочисленных возможностей независимой самореализации, учет множества социальных структур и организаций. А на стороне ребенка часто бывает только он сам. Специалист системы сопровождения призван решить каждую проблемную ситуацию с максимальной пользой для ребенка.

• **Принцип тесного взаимодействия и согласованности** работы «команды» специалистов, в ходе изучения ребенка (явления, ситуации).

• **Принцип непрерывности,** когда ребенку гарантировано непрерывное сопровождение на всех этапах помощи в решении проблемы. Специалист сопровождения прекратит поддержку ребенка только тогда, когда проблема будет решена или подход к решению будет очевиден.

• **Принцип отказа от усредненного нормирования.** Реализация данного принципа - это опора предполагает избегание прямого оценочного подхода при диагностическом обследовании уровня развития ребенка, ведущего в своем предельном выражении к стремлению «навешивать ярлыки», понимание того, что есть норма. «Нормы - это не среднее, что есть (или стандартное, что необходимо), а то, что лучшее, что возможно в конкретном возрасте для конкретного ребенка при соответствующих условиях. Одна из важнейших задач специалистов, реализующих идеологию психолого-педагогического сопровождения индивидуального развития ребенка, состоит в том, чтобы эти условия определить, а при необходимости и создать» (В.И. Слободчиков).

• **Принцип опоры на детскую субкультуру.** Каждый ребенок, обогащая себя традициями, нормами и способами, выработанными детским сообществом, проживает полноценный детский опыт.

5. После разработки индивидуального образовательного маршрута педагоги, специалисты ДОУ осуществляют их реализацию и ведут динамическое наблюдение за ребёнком.

 Сопровождение детей с речевыми нарушениями осуществляется педагогами  в рамках задач образовательной области «Речевое развитие», используя в коррекционной работе индивидуальные тетради, альбомы, игры, упражнения.

Стоит отметить важность семейного воспитания детей с ОВЗ, ведь в кругу родственников проходит большая часть жизни малыша. Целенаправленные действия родителей могут существенно повлиять на его жизнедеятельность. Ведь если они точно знают, чего хотят добиться, то можно рассчитывать на успех. В семье происходит процесс становления ребенка, как части общества, формирование общественных ценностей, навыков общения.. Таким образом, семья играет основную роль в [становлении личности](http://www.womanadvice.ru/stanovlenie-lichnosti).

Рекомендуемая литература:

1. Закон РФ №273  “Об образовании в Российской Федерации” статья 79
2. Медико-психологическая служба  в ДОУ: Организация работы/  под ред. Е.А. Карашвили- М.: ТЦ Сфера,2007.
3. Приказ  МО РФ от 24.03.2009 г №95 « Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии»
4. Приказ МО РФ от 17.10.2013 г. №1155 « Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования»
5. Письмо МО РФ № 27/901-6 от 27.03.2000 “О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения”
6. Справочник дошкольного психолога/Широкова Г.А.- Изд. 8-е- Ростов: Феникс, 2011.

*Старший воспитатель Коньшина Г.А.*