Приложение 2

**Индивидуальные особенности контингента воспитанников муниципального автономного общеобразовательного учреждения «ООШ № 3» г. Сосновоборска**

В учреждении функционируют 4 группы общеразвивающей направленности для детей дошкольного возраста от 3 лет до 7 лет;

Наполняемость групп соответствует требованиям СанПиН (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 15 мая 2013 года №26 «Об утверждении САНПИН» 2.4.3049-13) и «Порядку организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам дошкольного образования» (приказ Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 года №1014 г. Москва).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *№* | *Возрастные группы* | *Количество групп* | *Количество детей* |
| 1 | 2 младшая группа (3-4 года) | 1 | 25 |
| 3 | Средняя группа (4-5 лет) | 2 | 50 |
| 4 | Старшая группа (5-6 лет) | 1 | 25 |
|  | итого | 4 | 100 |

**Особенности психофизического развития детей**

Дошкольное учреждение посещает 1 ребенок – инвалид (эпилепсия), имеющий статус ОВЗ, особенности в психоречевом и физическом развитии

**Индивидуальные особенности детей с нарушениями речи.**

Данная категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений. В эту группу могут входить дети со следующими заключениями: алалия, дизартрия. При этом дизартрия может проявляться на фоне общего недоразвития речи (ОНР), у детей – инвалидов, у детей с ЗПР.

**Характеристика речевых расстройств у детей**

F 80.1 – моторная алалия.

Моторная алалия – отсутствие или недоразвитие экспрессивной (активной) речи при достаточно сохранном понимании речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития речи. При моторной алалии у детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения языкового высказывания.

Моторную алалию вызывает комплекс различных причин эндогенного и экзогенного характера (токсикоз беременности, различные соматические заболевания матери, патологические роды, родовая травма, асфиксия).

*Основными проявлениями моторной алалии* являются:

 - задержка темпа нормального усвоения языка (первые слова появляются в 2-3 года, фразы – к 3-4 годам, у некоторых детей наблюдается полное отсутствие речи до 4-5 летнего возраста)

 - наличие той или иной степени выраженности нарушений всех подсистем языка (лексических, синтаксических, морфологических, фонематических, фонетических);

 - удовлетворительное понимание обращенной речи (в случае грубого недоразвития речи могут наблюдаться трудности в понимании сложных конструкций, различных грамматических форм, но при этом понимание обиходно-бытовой речи сохранно)

Проявления моторной алалии колеблются в широких пределах: от полного отсутствия экспрессивной речи до незначительных нарушений какой-либо подсистеме. В связи с этим выделяют три уровня речевого развития при моторной алалии:

- первый уровень (ОНР Iур.) характеризуется отсутствием речевых средств общения или лепетным состоянием речи;

- второй уровень (ОНР IIур.) характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов;

- третий уровень (ОНР Шур.) характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития речи

Выделение уровней речевого развития при моторной алалии необходимо для осуществления дифференцированного подхода в логопедической работе и для комплектования специальных учреждений.

**Дизартрия (R 47.1)**

Дизартрия - одно из самых частых расстройств речи. В настоящее время ее значение для детской практики резко возросло в силу того, что недостаточность двигательного отдела центральной нервной системы в раннем детском возрасте становится все более обычным явлением. В частности, дизартрия является одним из симптомов детского церебрального паралича.

Дизартрия - это нарушение звукопроизношения, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Основные проявления дизартрии состоят в расстройстве артикуляции звуков, нарушениях голосообразования, а также в изменениях темпа речи, ритма и интонации. Клиническое, психологическое и логопедическое изучение детей с дизартрией показывает, что эта категория детей очень неоднородна с точки зрения двигательных, психических и речевых нарушений. Наиболее часто встречаемой формой дизартрии является псевдобульбарная (96%). Знание неврологических основ поможет педагогу-логопеду осмысленно квалифицировать дефект, понять его структуру, этиологию, механизмы, патогенез и выбрать наиболее оптимальную, адекватную коррекционную методику с учетом резервных, компенсаторных возможностей каждого ребенка в отдельности, что обеспечит личностно-ориентированный подход при коррекции речевых нарушений.

**F 80.9 – неосложненный вариант общего недоразвития речи (ОНР)**

Общее недоразвитие речи – речевое расстройство, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Симптоматика ОНР включает позднее начало развития речи, ограниченный словарный запас, Аграмматизм, дефекты звукопроизношения. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени.

Выделены *три уровня речевого развития*:

- *первый уровень (ОНР I ур.)* характеризуется почти полным отсутствием словесных средств общения или весьма ограниченным их развитием. У детей, находящихся на первом уровне речевого развития, активный словарь состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Слова и их заменители употребляются для обозначения лишь конкретных предметов и действий. Дети широко пользуются жестами и мимикой. В речи отсутствуют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. Речь ребенка понятна окружающим лишь в конкретной ситуации.

- *второй уровень (ОНР II ур.)* характеризуется возрастанием речевой активности детей. У них появляется фразовая речь. Но фраза остается искаженной в фонетическом и грамматическом отношении. Словарь более разнообразный. В спонтанной речи отмечаются различные лексико-грамматические разряды слов: существительные, глаголы, прилагательные, наречия, местоимения, некоторые предлоги и союзы. Характерным остается выраженный аграмматизм. Наряду с ошибками словообразовательного характера, наблюдаются трудности в формировании обобщающих и отвлеченных понятий, системы синонимов и антонимов, встречаются семантические (смысловые) замены слов. Связная речь характеризуется недостаточной передачей смысловых отношений и может сводиться к простому перечислению увиденных событий и предметов. Дети могут ответить на вопросы по картинке, связанные со знакомыми предметами и явлениями окружающего мира.

- *третий уровень (ОНР Шур.)* характеризуется развернутой фразовой речью с элементами недоразвития лексики, грамматики и фонетики. Типичным для данного уровня является использование детьми простых распространенных, а также некоторых видов сложных предложений. При этом их структура может нарушаться. В активном словаре преобладают существительные и глаголы, недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов, страдает словообразование, затруднен подбор однокоренных слов. Для грамматического строя характерны ошибки в употреблении предлогов, в согласовании различных частей речи. Звукопроизношение детей не соответствует возрастной норме: они не дифференцируют близкие звуки, искажают и звуковую и слоговую структуру слов. Связное речевое высказывание детей отличается отсутствием четкости, последовательности изложения, в нем отражается внешняя сторона явлений и не учитывается причинно-следственные и временные отношения между предметами и явлениями. Условная верхняя граница Ш уровня определяется как не резко выраженное общее недоразвитие речи (НВОНР).

**Индивидуальные особенности детей – инвалидов.**

 Дети – инвалиды, посещающие дошкольные группы не нуждаются в организации особых условий пространственной предметно – развивающей среды и специальной программы коррекционной работы.

**Индивидуальные особенности семей**

Социальными заказчиками деятельности учреждения являются в первую очередь родители воспитанников. Поэтому коллектив дошкольных групп пытается создать доброжелательную, психологически комфортную атмосферу, в основе которой лежит определенная система взаимодействия с родителями, взаимопонимание и сотрудничество.

|  |  |
| --- | --- |
| *Статус семьи* | *Количество семей* |
| полная | 78 |
| неполная | 22 |
| опекуны | - |
| Патронатные воспитатели | - |
| многодетные | 4 |

Приложение 3

**Сведения о педагогических кадрах дошкольных групп МАОУ «ООШ № 3»**

Образовательную деятельность осуществляют 11 педагогических работников. *Специалисты ДОУ:*

воспитатели - 8,

музыкальный руководитель - 1,

педагог-психолог - 1,

руководитель по физическому воспитанию - 1.

*Образовательный уровень педагогического состава:*

высшее - 8;

среднее специальное – 3.

*Квалифицированные характеристики педагогического состава:*

без квалификационной категории - 7;

первая квалификационная категория – 4.

Все педагоги своевременно проходят курсы повышения квалификации.