

**ДЕПАРТАМЕНТ ПО ОБРАЗОВАНИЮ АДМИНИСТРАЦИИ ВОЛГОГРАДА  
муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 302  
Ворошиловского района Волгограда» (МОУ детский сад № 302)**

Принято на заседании  
педагогического совета  
Протокол № 1 от 03 сентября 2020 г.



Утверждено  
Заведующий МОУ детский сад № 302  
О.В. Дубинкина  
Приказ № 209 от 03 сентября 2020 г.

**Адаптированная основная образовательная  
программа дошкольного образования**

**муниципального дошкольного образовательного учреждения  
«Детский сад № 302 Ворошиловского района Волгограда»**

**г. Волгоград**

## Целевой раздел.

### 1.1. Пояснительная записка адаптированной основной общеобразовательной программы дошкольного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья.

#### 1.1.1. Введение.

Адаптированная основная образовательная программа (АООП) для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) спроектирована с учетом требований Федерального государственного образовательного стандарта ДО (ФГОС ДО), на основании основной образовательной программы МОУ детский сад № 302, утвержденной на педагогическом совете (Протокол № 1 от «03» сентября 2019 г.).

Программа определяет цель, задачи, планируемые результаты, содержание и организацию образовательного процесса на ступени дошкольного образования. Кроме того, учтены концептуальные положения, используемой в МОУ примерной общеобразовательной программы дошкольного образования «От рождения до школы» под редакцией Н.Е.Вераксы, Т.С.Комаровой, М.А.Васильевой (Раздел «Коррекционная и инклюзивная педагогика») и парциальной программы «Подготовка к школе детей с задержкой психического развития» под редакцией С.Г.Шевченко.

Ребенок с ОВЗ (как и все остальные дети) в развитии направлен на освоение социального опыта, социализацию, включение в жизнь общества. Однако путь, который он должен пройти для этого, значительно отличается от общепринятого: физические и психические недостатки меняют, отягощают процесс развития, причем каждое нарушение по-своему изменяет развитие растущего человека. Важнейшими задачами, поэтому являются предупреждение возникновения вторичных отклонений в развитии, их коррекция и компенсация средствами образования.

#### 1.1.2. Цели и задачи реализации АООП.

**Цель АООП:** перевести ребенка-дошкольника с ОВЗ в результате реализации всей системы коррекционно-развивающего обучения и воспитания на новый уровень социального функционирования, который позволяет расширить круг его взаимоотношений и создает условия для более гармоничной и личностно-актуальной социализации ребенка в изменяющемся мире.

**Основные задачи:**

1. Охрана жизни и укрепление физического и психологического здоровья детей.
2. Обеспечение коррекции нарушений развития различных категорий детей с ОВЗ, оказание им квалифицированной помощи в освоении основных образовательных областей Программы: физическое развитие, познавательное, речевое, социально-коммуникативное, художественно-эстетическое развитие.
3. Оказание помощи детям в овладении навыками коммуникации и обеспечение оптимального вхождения детей с ОВЗ в общественную жизнь.
4. Формирование представлений о целостной картине мира.
5. Формирование элементарных математических представлений.
6. Развитие речи: обогащение словаря, воспитание артикуляционных навыков, звукопроизношения, слоговой структуры и фонематического восприятия, формирование грамматического строя речи, развитие навыков связной речи.
7. Обеспечение возможности для осуществления детьми содержательной деятельности в условиях, оптимальных для всестороннего и своевременного психологического развития. Проведение коррекции (исправление и ослабление) негативных тенденций развития.

8. Максимально возможное развитие всех видов деятельности (игровой, коммуникативной, трудовой, познавательно-исследовательской, продуктивной, музыкально-художественной, чтения).
9. Проведение профилактики вторичных отклонений в развитии и трудностей в обучении на начальном этапе.
10. Взаимодействие с семьями детей для обеспечения полноценного развития.
11. Оказание консультативной и методической помощи родителям (законным представителям).

#### 1.1.3. Принципы и подходы к реализации программы.

Принципиально значимыми в данной программе являются следующие приоритеты:

- формирование способов усвоения общественного опыта (в том числе и учебных навыков) ребенком с ОВЗ как одна из ведущих задач обучения, иначе говоря — ключ к развитию ребенка и раскрытию его потенциальных возможностей и способностей;
- учет генетических закономерностей психического развития ребенка, характерных для становления ведущей деятельности и психологических новообразований в каждом возрастном периоде;
- деятельностный подход в организации целостной системы коррекционно-педагогического воздействия;
- единство диагностики и коррекции отклонений в развитии; анализ социальной ситуации развития ребенка и семьи;
- развивающий характер обучения, основывающийся на положении о ведущей роли обучения в развитии ребенка и формировании зоны ближайшего развития;
- включение родителей или лиц, их заменяющих, в коррекционно-педагогический процесс;
- расширение традиционных видов деятельности и обогащение их новым содержанием;
- формирование и коррекция высших психических функций в процессе специальных занятий с детьми;
- реализация личностно-ориентированного подхода к воспитанию и обучению детей через изменение содержания обучения и совершенствование методов и приемов работы;
- стимулирование эмоционального реагирования, эмпатии и использование для их развития практической деятельности детей, общения и воспитания адекватного поведения;
- расширение форм взаимодействия взрослых с детьми и создание условий для активизации форм партнерского сотрудничества между детьми;
- определение базовых достижений ребенка-дошкольника с ОВЗ в каждом возрастном периоде в целях планирования и осуществления коррекционно-развивающего воздействия, направленного на раскрытие его потенциальных возможностей.

#### 1.1.4. Значимые характеристики, в том числе характеристики особенностей развития детей с ОВЗ.

Значимые характеристики определяются на начало реализации АООП и включают в себя следующие показатели:

- возрастной и количественный состав детей,
- кадровый состав,
- материально-техническое оснащение МОУ.

Общие сведения о коллективе детей, работников, родителей:

Основными участниками реализации программы являются: дети дошкольного возраста с ОВЗ, родители (законные представители), педагоги.

Возрастная категория детей: от 5 до 7 лет.

Направленность и количество групп: 1 группа детей с ОВЗ (ЗПР). Всего - 15 детей  
Кадровый потенциал группы для детей с ОВЗ полностью (100%) укомплектован кадрами.

Коррекционно-образовательную работу осуществляют 7 педагогов из них - 2 воспитателя и специалисты:

1 учитель-логопед;

1 музыкальный руководитель;

1 педагог-психолог;

Реализация предусмотренных АООП мероприятий предполагает оказание адекватной и эффективной коррекционной помощи каждому ребёнку с особыми образовательными потребностями группой специалистов МОУ детский сад № 302.

Психолого-педагогическое сопровождение детей с ОВЗ осуществляют специалисты: учитель-логопед и педагог-психолог. Специалисты организуют, проводят и координируют коррекционно-развивающую и воспитательно-образовательную работу.

Обязательным условием является систематическое специальное психологическое сопровождение коллектива педагогов, родителей, детского коллектива и самого ребенка.

Педагог-психолог реализует в своей работе задачи сохранения и укрепления психического здоровья детей, способствует их гармоничному развитию в условиях дошкольного учреждения, а также оказывает своевременную помощь детям, родителям и педагогам в решении психологических проблем развития, возникающих в различных жизненных ситуациях.

Цель работы учителя-логопеда - оказание практической помощи, направленной на преодоление нарушений устной речи детям дошкольного возраста с различными логопедическими проблемами, охрана, укрепление физического и психического здоровья детей, их гармоничное развитие.

Объединяющей структурой совместной работы учителя-логопеда, педагога-психолога, воспитателей и других специалистов является ПМПк. Функционирование ПМПк позволяет обобщить наблюдения педагогов, результаты обследования специалистов и разработать индивидуальную коррекционно-развивающую программу для ребенка с ОВЗ. А также отслеживать эффективность коррекционных мероприятий и по мере необходимости вносить коррективы.

### **Характеристика особенностей развития детей с ЗПР.**

Дети с ЗПР представляют собой неоднородную группу. Этиология ЗПР связана с конституциональными факторами, хроническими соматическими заболеваниями с неблагоприятными социальными условиями воспитания и, в основном, с органической недостаточностью центральной нервной системы (ЦНС) резидуального или генетического характера.

В настоящее время выявлено два основных варианта патогенических механизмов формирования ЗПР:

1. нарушение познавательной деятельности, связанное с незрелостью эмоционально-волевой сферы и личности, то есть с психическим инфантилизмом;
2. нарушение познавательной деятельности вследствие стойких астенических и цереброастенических состояний.

### **Четыре основных варианта ЗПР:**

1. ЗПР конституционального происхождения (гармонический психический и психофизический инфантилизм), при которой на первый план в структуре нарушения выходят признаки эмоциональной и личностной незрелости.

Для детей характерны аффективность поведения, эгоцентризм, истерические реакции и т.п. Инфантильность психики ребенка часто сочетается с инфантильным типом телосложения, с «детскостью» мимики, моторики, преобладанием эмоциональных реакций в поведении. Такие дети проявляют интерес к игре-действию, а не к игре-отношению, эта деятельность для них наиболее привлекательна, в отличие от учебной, даже в школьном возрасте. Перечисленные особенности затрудняют социальную, в том числе школьную адаптацию. При гармоническом психическом инфантилизме незрелость психики сочетается с субтильным, гармоничным телосложением. При психофизическом инфантилизме поведение и личностные качества ребенка характеризуются специфическими особенностями. Этим детям рекомендуется комплексная коррекция развития педагогическими и медицинскими средствами.

У детей с ЗПР конституционального происхождения отмечается наследственно обусловленная парциальная недостаточность отдельных функций: гнозиса, праксиса, зрительной и слуховой памяти, речи. Эти функции лежат в основе формирования межанализаторных навыков, таких как рисование, счет, письмо, чтение и др.

2. ЗПР соматогенного генеза возникает у детей с хроническими соматическими заболеваниями сердца, почек, эндокринной системы и др. Именно эти причины вызывают задержку в развитии двигательных и речевых функций детей, замедляют формирование навыков самообслуживания, негативно сказываются на формировании предметно-игровой, элементарной учебной деятельности.

Для детей с ЗПР соматогенного типа характерны явления стойкой физической и психической астении, что приводит к снижению работоспособности и формированию таких черт личности, как робость, боязливость, тревожность. Если дети с ЗПР данного генеза воспитываются в условиях гипо- или гиперопеки, то у них нередко возникает вторичная инфантилизация, формируются черты эмоционально-личностной незрелости, что вместе со снижением работоспособности и повышенной утомляемостью не позволяет ребенку достичь возрастного уровня развития.

3. ЗПР психогенного генеза. При раннем возникновении и длительном воздействии психотравмирующих факторов у ребенка могут возникнуть стойкие сдвиги в нервно-психической сфере, что приводит к невротическим и неврозоподобным нарушениям, патологическому развитию личности (К.С.Лебединская). В данном случае на первый план выступают нарушения эмоционально-волевой сферы, снижение работоспособности, несформированность произвольной регуляции поведения.

Дети с ЗПР психогенного генеза с трудом овладевают навыками самообслуживания, трудовыми и учебными навыками. У них отмечаются нарушения взаимоотношений с окружающим миром: не сформированы навыки общения с взрослыми и детьми, наблюдается неадекватное поведение в незнакомой или малознакомой обстановке, они не умеют следовать правилам поведения в социуме. Однако эти проблемы не носят органического характера, причина, скорее всего, кроется в том, что ребенок этому «не научен». К данной группе часто относятся дети, воспитывающиеся в условиях депривации (в детских домах, в «неблагополучных» в социальном и эмоциональном плане семьях и т.п.), дети-беспризорники.

Недостаточный уровень развития представлений, умений, навыков, соответствующих возрасту, отмечается и у детей, находящихся длительное время в условиях информационной, а часто и эмоциональной депривации (дефицита полноценных эмоциональных отношений со взрослыми).

4. Для ЗПР церебрально-органического генеза характерны выраженные нарушения эмоционально-волевой и познавательной сферы. Установлено, что при данном

варианте ЗПР сочетаются черты незрелости и различной степени повреждения ряда психических функций. В зависимости от их соотношения выделяются две категории детей:

4.1. Дети с преобладанием черт незрелости эмоциональной сферы по типу органического инфантилизма, то есть в психологической структуре ЗПР сочетаются несформированность эмоционально-волевой сферы (эти явления преобладают) и недоразвитие познавательной деятельности (выявляется негрубая неврологическая симптоматика). При этом отмечается недостаточная сформированность, истощаемость и дефицитарность высших психических функций, ярко проявляющаяся в нарушении произвольной деятельности детей;

4.2. Дети со стойкими энцефалопатическими расстройствами, парциальными нарушениями корковых функций. В структуре дефекта у таких детей преобладают интеллектуальные нарушения, нарушения регуляции в области программирования и контроля познавательной деятельности.

Установлено, что в обоих случаях страдают функции регуляции психической деятельности: в первом варианте в большей степени звено контроля, во втором - звено контроля и звено программирования. Все это обуславливает низкий уровень овладения дошкольниками всеми видами детской деятельности (предметно-манипулятивной, игровой, продуктивной, познавательной, речевой), а в школьном возрасте - учебной. Дети не проявляют устойчивого интереса, их деятельность недостаточно целенаправленна, поведение импульсивно.

ЗПР церебрально-органического генеза является наиболее стойкой и представляет тяжелую форму ЗПР, которая с трудом преодолевается в дошкольный период. Следует констатировать, что как правило, дети данной группы продолжают свое обучение по АООП для детей с ЗПР.

Определение ЗПР используется также для характеристики отклонений в познавательной сфере педагогически запущенных детей. В этом случае в качестве причин задержки психического развития выделяются культурная депривация и неблагоприятные условия воспитания.

Среди причин ЗПР называют также проявления минимальной мозговой дисфункции: нарушения, связанные с первичной дисфункцией эндокринной системы, недостаточностью кислотного обмена, с вредоносными влияниями окружающей среды. Имеются указания на генетическую обусловленность возникновения у детей нарушений отдельных корковых функций и инфантильных черт поведения.

Таким образом, дети с ЗПР - это многочисленная и разнородная по своему составу категория. Определенная группа детей имеет негрубые нарушения со стороны ЦНС, вследствие её раннего органического поражения. У другой группы детей ЗПР возникает на фоне функциональной незрелости ЦНС. Ещё одной причиной отставания в нервно-психическом развитии могут стать соматическая ослабленность и наличие хронического заболевания. Неблагоприятные микросоциальные условия также являются причиной ЗПР у детей.

ЗПР проявляется, прежде всего, в замедлении темпа психического развития. При поступлении в школу дети обнаруживают ограниченность представлений об окружающем мире, незрелость мыслительных процессов, недостаточную целенаправленность интеллектуальной деятельности, её быструю истощаемость, преобладание игровых интересов, чрезвычайно низкий уровень общей осведомленности, социальной и коммуникативной компетентности.

Можно выделить некоторые особенности развития, характерные для большинства детей с ЗПР:

1. Недоразвитие игровой деятельности. Дошкольники с ЗПР не принимают предложенную им игровую роль, затрудняются в соблюдении правил игры, что имеет очень важное значение в подготовке к учебной деятельности. Дети чаще предпочитают

подвижные игры, свойственные более младшему возрасту. В процессе сюжетно-ролевой игры возможны соскальзывания на стереотипные действия с игровым материалом, трудности выполнения определенных ролей. Задержка в развитии игровой деятельности наблюдается при всех формах ЗПР.

2. Недостаточная познавательная активность, нередко в сочетании с быстрой утомляемостью и истощаемостью ребенка. Эти явления могут серьезно тормозить эффективность развития и обучения ребенка. Быстро наступающее утомление приводит к снижению работоспособности, которое негативно отражается на усвоении учебного материала.

3. Недоразвитие обобщенности, предметности и целостности восприятия негативно отражается на формировании зрительно-пространственных функций. Это наглядно проявляется в таких продуктивных видах деятельности, как рисование и конструирование.

4. Недоразвитие эмоционально-волевой сферы отрицательно влияет на поведение дошкольников с ЗПР. Они не держат дистанцию со взрослыми, могут вести себя навязчиво, бесцеремонно, трудно подчиняются правилам поведения в группе, редко завязывают длительные и глубокие отношения со своими сверстниками.

Для дошкольников с ЗПР, особенно к концу, дошкольного возраста, характерна значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев в структуре психической деятельности. Наиболее нарушенной оказывается эмоционально-личностная сфера, а также такие характеристики деятельности, как познавательная активность, целенаправленность, контроль, работоспособность при относительно высоких показателях развития мышления.

Многие из детей испытывают трудности и в процессе восприятия (зрительного, слухового, тактильного). Нарушение восприятия выражается в затруднении построения целостного образа (ребенку может быть сложно узнать известные ему предметы в незнакомом ракурсе). Такая структурность восприятия является причиной недостаточности, ограниченности знаний об окружающем мире.

Снижена скорость выполнения перцептивных операций. Ориентировочно-исследовательская деятельность в целом имеет более низкий, по сравнению с нормой, уровень развития: дети не умеют обследовать предмет, не проявляют выраженной ориентировочной активности, длительное время прибегают к практическим способам ориентировки в свойствах предметов.

Названные выше недостатки ориентировочно-исследовательской деятельности касаются и тактильно-двигательного восприятия, которое обогащает чувственный опыт ребенка и позволяет ему получить сведения о таких свойствах предметов, как температура, фактура материала, некоторые свойства поверхности, форма, величина. Затруднен процесс узнавания предметов на ощупь. Со стороны слухового восприятия нет грубых расстройств. Дети могут испытывать некоторые затруднения при ориентировке в неречевых звучаниях, но главным образом страдают фонематические процессы.

Внимание детей с ЗПР характеризуется неустойчивостью, отмечаются периодические его колебания, неравномерная работоспособность. Трудно собрать, сконцентрировать внимание детей и удержать на протяжении той или иной деятельности.

Очевидна недостаточная целенаправленность деятельности, дети действуют импульсивно, часто отвлекаются. Могут наблюдаться и проявления инертности. В этом случае ребенок с трудом переключается с одного задания на другое. В старшем дошкольном возрасте оказывается недостаточно развитой способность к произвольной регуляции поведения, что затрудняет выполнение заданий учебного типа.

Нарушения внимания могут сопровождаться повышенной двигательной и речевой активностью. Такой комплекс отклонений (нарушение внимания + повышенная двигательная и речевая активность), не осложненный никакими другими проявлениями, в

настоящее время обозначают термином «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ).

Незрелость эмоционально-волевой сферы детей с ЗПР обуславливает своеобразие формирования поведения, их личностные особенности. У многих детей отмечается эмоциональная неустойчивость, быстрая истощаемость, отсутствие интереса, целенаправленности и использования рациональных способов выполнения практической и интеллектуальной деятельности.

Память детей с задержкой психического развития также отличается качественным своеобразием, при этом выраженность дефекта зависит от генеза задержки психического развития. В первую очередь у детей ограничен объем памяти и снижена прочность запоминания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память (они значительно лучше запоминают наглядный материал, чем вербальный). При правильном подходе к обучению дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания.

У детей с ЗПР наблюдается отставание в развитии всех форм мышления. Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании сферы образов-представлений, сложность создания целого из частей и выделения частей из целого, трудности в пространственном оперировании образами.

Отмечается репродуктивный характер деятельности детей с ЗПР, снижение способности к творческому созданию новых образов. Замедлен процесс формирования мыслительных операций. К старшему дошкольному возрасту у детей с ЗПР не формируется соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления: дети не выделяют существенных признаков при обобщении, обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам. Дети испытывают сложности при сравнении предметов, производя сравнение по случайным признакам, при этом затрудняются даже в выделении признаков различия.

У детей с ЗПР замедлен процесс формирования межанализаторных связей, которые лежат в основе сложных видов деятельности. Отмечаются недостатки зрительно-моторной, слухо-зрительно-моторной координации. В дальнейшем эти недостатки препятствуют овладению чтением, письмом.

Для детей с ЗПР характерно отставание в развитии общей и мелкой моторики. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества: быстроту ловкость, сила, точность и координация. Дети испытывают затруднения в воспроизведении цепочки последовательных действий, хотя сами действия в отдельности выполнить в состоянии. Не сформирован самоконтроль, поэтому они не замечают неправильного выполнения действий. Наиболее страдает у этих детей моторика кистей и пальцев рук, в связи с этим затруднено формирование навыков письма. Технические навыки в изобразительной деятельности, лепке, аппликации, конструировании слабо сформированы. Многие из детей не умеют правильно держать карандаш, кисточку, не регулируют силу нажима при рисовании, с трудом пользуются ножницами. Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР нет, однако физическое и моторное развитие ниже, чем у нормально развивающихся сверстников.

Нарушения речи при задержке психического развития преимущественно имеют системный характер и входят в структуру дефекта.

Речь детей с ЗПР в целом развивается с отставанием от возрастной нормы и обладает рядом особенностей. Многим детям присущи недостатки звукопроизношения и фонематического развития.

Среди воспитанников специализированных групп много детей с таким речевым нарушением, как дизартрия.

На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций, дети плохо



понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс восприятия и осмысления содержания рассказов, сказок, текстов для пересказа. Дети имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужено употребление глаголов.

Особенности лексики детей с ЗПР проявляются в недостаточной сформированности антонимических и синонимических средств языка. Незрелость внутриречевых механизмов приводит не только к трудностям в грамматическом оформлении предложений. Основные проблемы касаются формирования связной речи.

Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.

Следует отметить, что характер речевых нарушений у детей с ЗПР может быть самым разным, так же как может быть разным соотношение нарушений отдельных компонентов языковой системы.

*Характеристика детей с I уровнем речевого развития:*

- Понимает и выделяет из речи названия окружающих предметов и действий с ними (в соответствии с изученными лексическими темами: «Игрушки», «Посуда», «Мебель», «Продукты питания», «Одежда» и т.д.);
- Называет некоторые части тела (голова, ноги, руки, глаза, рот, уши и т.д.) и одежды («карман, рукав и т.д.);
- Обозначает наиболее распространенные действия (сиди, мой, стой, пой, ешь, пей, иди и т.д.), некоторые свои физиологические и эмоционально-аффективные состояния (холодно, тепло, больно и т.д.);
- Выражает желания с помощью простых просьб, обращений;
- Отвечает на простые вопросы одним словом без использования жеста; в отдельных случаях допускается употребление звукокомплексов. При этом не предъявляется требования к фонетической правильности высказывания, но обращается внимание на грамматическое оформление.

*Характеристика детей со II уровнем речевого развития:*

- Соотносит предметы с их качественными признаками и функциональным назначением;
- Узнает по словесному описанию знакомые предметы;
- Сравнить знакомые предметы по отдельным, наиболее ярко выделяемым признакам;
- Понимает простые грамматические категории: единственного и множественного числа существительных, повелительного и изъявительного наклонений глаголов, именительного, родительного, дательного и винительного падежей, некоторых простых предлогов;

*Характеристика детей со III уровнем речевого развития:*

- Понимает обращенную речь в соответствии с параметрами возрастной нормы;
- Фонетически правильно оформляет звуковую сторону речи;
- Правильно передавать слоговую структуру слов, используемых в правильной речи;
- Пользуется в самостоятельной речи простыми распространенными и сложными предложениями, владеет навыками объединения их в рассказ;
- Владеет элементарными навыками пересказа;
- Владеет навыками диалогической речи;

- Владеет навыками словообразования: продуцирует названия существительных от глаголов, прилагательных от существительных и глаголов, уменьшительно-ласкательных и увеличительных форм существительных и проч.;
- Грамматически правильно оформляет самостоятельную речь в соответствии с нормами языка. Падежные, родовидовые окончания слов проговаривает четко; простые и почти все сложные предлоги употребляются адекватно;
- Использует в спонтанном общении слова различных лексико-грамматических категорий (существительных, глаголов, наречий, прилагательных, местоимений и т.д.);
- Владеет элементами грамоты: навыками чтения и печатания некоторых букв, слогов, слов и коротких предложений в пределах программы.
- В дальнейшем осуществляется совершенствование всех компонентов языковой системы.

*Характеристика детей со IV уровнем речевого развития:*

- Свободно составляет рассказы, пересказы;
- Владеет навыками творческого рассказывания;
- Адекватно употребляет в самостоятельной речи простые и сложные предложения, усложняя их придаточными причинами и следствия, однородными членами предложения .
- Понимает и использует в самостоятельной речи простые и сложные предлоги;
- Понимает и применяет в речи все лексико-грамматические категории слов;
- Владеет навыками словообразования разных частей речи, переносит эти навыки на другой лексический материал;
- Оформляет речевое высказывание в соответствии с фонетическими нормами русского языка;
- Владеет правильным звуко-слоговым оформлением речи. Помимо этого достаточно развиты и другие предпосылочные условия, во многом определяющие их готовность к нормальному обучению: фонематическое восприятие, первоначальные навыки звукового и слогового анализа и синтеза, графо-моторные навыки, элементарные навыки письма и чтения.