

Nr.2017_____

Valsts pedagogiski medicīniskajai komisijai

vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja,
ja bērns ievietots audžuģimenē, **vārds, uzvārds, personas kods**

(mājas adrese, tālrunis)

IESNIEGUMS

Lūdzu izvērtēt mana dēla/meitas intelektuālās spējas un mācīšanās grūtību iemeslus pedagogiski medicīniskajā komisijā.

Apliecinu, ka vecāki (aizbildņi, bāriņtiesa) piekrīt izglītojamā intelektuālo spēju un mācīšanās grūtību iemeslu izvērtēšanai komisijā.

Sniedzu ziņas par izglītojamo:

Izglītojamā vārds, uzvārds _____

Izglītojamā personas kods _____

Izglītojamā dzīvesvietas adrese _____

Izglītības iestādes nosaukums _____

Klase (grupa) _____

Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:

Skolas informācija par izglītojamo 20__ . g. _____ uz ____ lp.

Psihologa _____ 20 ____.g. _____ atzinums uz ____ lp.
vārds, uzvārds

Logopēda _____ 20 ____.g. _____ atzinums uz ____ lp.
vārds, uzvārds

Psihiatra _____ 20 ____.g. _____ atzinums uz ____ lp.
vārds, uzvārds

Ārsta _____ 20 ____.g. _____ atzinums uz ____ lp.
vārds, uzvārds

Ģimenes ārsta _____ 20 ____.g. _____ atzinums uz ____ lp.
vārds, uzvārds

Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvja:

(paraksts, datums)

(vārds, uzvārds)

Atzinumu saņēmumu:

(paraksts, datums)

(vārds, uzvārds)

Piekrītu, ka informācija par manu bērnu tiek nodota Valmieras vājdzirdīgo bērnu internātvidusskolai-attīstības centram vai Strazdumuižas internātvidusskolai-attīstības centram vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem (vajadzīgo pasvītrot)