|  |
| --- |
|  |

***(nepilngadīgā izglītojamā vecāka (aizbildņa) vārds, uzvārds)***

|  |
| --- |
|  |

***(personas kods)***

|  |
| --- |
|  |

***(dzīvesvietas adrese)***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

***(tālrunis) (elektroniskā pasta adrese)***

**IESNIEGUMS**

**Gulbenes novada pašvaldības**

**pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

Lūdzu izvērtēt mana dēla/meitas/aizbilstamā veselības stāvokli, spējas un attīstības līmeni un sniegt atzinumu par atbilstošāko izglītības programmu un/vai ieteikt nepieciešamos atbalsta pasākumus mācību procesa organizēšanā un valsts pārbaudes darbos.

**Ziņas par izglītojamo:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vārds, uzvārds** |  |
| **Personas kods un**  **dzimšanas datums** |  |
| **Deklarētā dzīvesvieta** |  |
| **Faktiskā dzīvesvieta** |  |
| **Izglītības iestāde** |  |
| **Klase /**  **pirmsskolā - vecuma grupa** |  |

**Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:**

Izglītības iestādes informācija par izglītojamo \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(dokumenta datums)*** ***(dokumenta lapu skaits)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Speciālists | Vārds, uzvārds | Dokumenta  datums | Dokumenta lapu skaits |
| **Psihologs** |  |  |  |
| **Logopēds** |  |  |  |
| **Psihiatrs** |  |  |  |
| **Ārsts** |  |  |  |
| **Ģimenes ārsts** |  |  |  |
| **Speciālais pedagogs** |  |  |  |
|  |  |  |  |

20\_\_.gada \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_

***(iesniedzēja paraksts\*)***

**Atzinumu / konsultāciju saņēmu:**

20\_\_.gada \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_\_\_\_\_

***(atzinuma saņēmēja paraksts\*)***

\*Rekvizītus "datums" un "paraksts" neaizpilda, ja dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.