

Nr. \_\_\_\_\_

**Talsu novada 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, uzvārdsLogopēda \_\_\_\_\_ 20\_\_ .g. \_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_ lp.  
vārds, uzvārdsPsihiatra \_\_\_\_\_ 20\_\_ .g. \_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_ lp.  
vārds, uzvārdsĀrsta \_\_\_\_\_ 20\_\_ .g. \_\_\_\_\_ atzinums uz \_\_\_\_ lp.  
vārds, uzvārdsĢimenes 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 vārdzirdīgo bērnu internātvidusskolai-attīstības centram vai Strazdmuižas internātvidusskolai-attīstības centram vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem (vajadzīgo pasvītrot)