*1.pielikums*

*Ventspils novada domes*

*Pedagoģiski medicīniskās komisijas nolikumam*

**Ventspils novada domes Pedagoģiski medicīniskās komisijai**

|  |
| --- |
|  |
| vārds, uzvārds  |
| personas kods |
| dzīvesvietas adrese |
| tālruņa nr. |

**IESNIEGUMS**

Lūdzu izvērtēt mana dēla (meitas) vai aizbilstamā intelektuālās spējas un mācīšanās traucējumu iemeslus Domes Pedagoģiski medicīniskajā komisijā.

|  |  |
| --- | --- |
| **Sniedzu ziņas par izglītojamo:** |  |
| Vārds, uzvārds |  |
| Personas kods |  |
| Dzīvesvietas adrese |  |
| Izglītības iestāde |  |
| Klase, grupa |  |

**Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:**

Izglītības iestādes informācija par izglītojamo 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Atzinumu saņēmu:

Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvju paraksts:

Atzinumu izsniedzu:

Datums: