**IEROBEŽOTA PIEEJAMĪBA**

|  |
| --- |
|  |

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

|  |
| --- |
|  |

*(personas kods)*

|  |
| --- |
|  |

*(deklarētā dzīvesvietas adrese)*

|  |
| --- |
|  |

*(faktiskā dzīvesvietas adrese)*

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

*(tālrunis) (elektroniskā pasta adrese)*

**IESNIEGUMS**

**Valmieras 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/pirmskolā -vecuma grupa |  |
| Mācību valoda |  |

**Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Izglītības iestādes informācija par izglītojamo (datums, lapu skaits) |  |  |
|  | Speciālists | Vārds, uzvārds | dokumenta datums | dokumenta lapu skaits |
| [ ]  | Psihologs |  |  |  |
| [ ]  | Logopēds |  |  |  |
| [ ]  | Spec. pedagogs |  |  |  |
| [ ]  | Psihiatrs |  |  |  |
| [ ]  | Neirologs |  |  |  |
| [ ]  | Ģimenes ārsts |  |  |  |
| [ ]  | Otolaringologs |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2024.gada |  | . |  |  |  |
|  |  |  |  |  | *(iesniedzēja paraksts)\** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Atzinumu saņēmu - 2024.gada |  | . |  |  |  |
|  |  |  |  |  | *(saņēmēja paraksts)\** |

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