|  |
| --- |
|  |

*(iesniedzēja vārds un uzvārds)*

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

*(personas kods)*

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

*(deklarētā dzīvesvietas adrese)*

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

*(faktiskā dzīvesvietas adrese)*

|  |  |
| --- | --- |
| */* |  |

*(tālrunis) (elektroniskā pasta adrese)*

**IESNIEGUMS**

**Valmieras pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

Lūdzu izvērtēt mana bērna intelektuālās spējas un mācīšanās grūtību iemeslus pedagoģiski medicīniskajā komisijā.

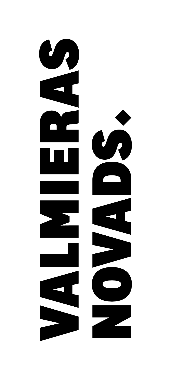
**Bērna dati:**

|  |  |
| --- | --- |
| vārds, uzvārds |  |
| personas kods |  |
| deklarētā dzīvesvieta |  |
| faktiskā dzīvesvieta |  |
| izglītības iestāde, klase |  |

**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 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

 *(iesniedzēja paraksts)\**

**Atzinumu saņēmu:**

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

*(iesniedzēja paraksts)\**

\* Dokumenta rekvizītus “paraksts” un “datums” neaizpilda, ja elektroniskais dokuments sagatavots atbilstoši normatīvajiem aktiem par elektronisko dokumentu noformēšanu.