1.pielikums

**APSTIPRINĀTS**

ar Kandavas novada Izglītības pārvaldes

14.02.2013. rīkojumu Nr.1-4/09-d

**Kandavas novada pedagoģiski 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

pedagoģiski 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, 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

Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvja:

 (paraksts, datums) (vārds, uzvārds)