Nr. **Smiltenes 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.

**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

Speciālā pedagoga 20 .g. atzinums uz lp.

vārds, uzvārds

Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvja:

(paraksts, datums) (vārds, uzvārds)

**Atzinumu saņēmu:**

(paraksts, datums) (vārds, uzvārds)