

Bauskas novada domes Pedagoģiski medicīniskajai komisijai

(vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja,
ja bērns ievietots audžuģimenē,
vārds, uzvārds, personas kods)

(mājas adrese, tālrunis, e pasts)

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 (dzimšanas datums) _____

Izglītojamā dzīvesvietas adrese _____

Izglītības iestādes nosaukums _____

Klase (grupa) _____

Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:

Skolas informācija par izglītojamo 20__ .gada _____ 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

Ģimenes ārsta _____ 20__ .g. _____ atzinums uz __ lp.
Vārds, uzvārds

Vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja:

(paraksts, datums)

(vārds, uzvārds)

Atzinumu saņēmu:

(paraksts, datums)

(vārds, uzvārds)