1.pielikums

Olaines novada

Pedagoģiski medicīniskās komisijas

Nolikumam

*(Pielikums grozīts ar Olaines novada domes 26.01.2022. nolikumu Nr.NOL1/2022)*

Nr.\_\_\_\_\_\_ **Olaines novada pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vecāku (aizbildņu), bāriņtiesas pārstāvja, 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 un uzvārds\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izglītojamā personas kods\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izglītojamā dzīvesvietas adrese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izglītības iestādes nosaukums\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klase (grupa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:**

Izglītības iestādes 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esmu informēts par datu apstrādi bērna interešu nodrošināšanai.

Vecāku (aizbildņa) vai bāriņtiesas pārstāvja:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (paraksts, datums) (vārds, uzvārds)

**Atzinumu saņēmu:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (paraksts, datums) (vārds, uzvārds)

□ piekrītu, ka informācija par manu bērnu tiek nodota Valmieras vājdzirdīgo bērnu internātvidusskolai-attīstības centram vai Strazdumuižas internātvidusskolai-attīstības centram vājredzīgiem un neredzīgiem bērniem (vajadzīgo pasvītrot).