

Saldus novada domes pedagogiski 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 _____

Izglītojamā dzīvesvietas adrese _____

Izglītības iestādes nosaukums _____

Klase (grupa) _____

Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:

Skolas informācija par izglītojamo 202__ . g. __ . _____ uz __ lpp.

Psihologa _____ 202__ . g. __ . _____ atzinums uz __ lpp.
vārds, uzvārds

Logopēda _____ 202__ . g. __ . _____ atzinums uz __ lpp.
vārds, uzvārds

Psihiatra _____ 202__ . g. __ . _____ atzinums uz __ lpp.
vārds, uzvārds

Ārsta _____ 202__ . g. __ . _____ atzinums uz __ lpp.
vārds, uzvārds

Ģimenes ārsta _____ 202__ . g. __ . _____ atzinums uz __ lpp.
vārds, uzvārds

Vecāku (aizbildņu) vai bāriņtiesas pārstāvja paraksts:

_____ paraksts _____ vārds, uzvārds _____ datums

Atzinumu saņēmumu:

_____ paraksts _____ vārds, uzvārds _____ datums

Iesniedzot savus datus, tai skaitā ģimenes locekļa datus, piekrītu, ka dati tiek apstrādāti un uzglabāti visu šeit norādīto datu apstrādes laiku, kā arī normatīvajos aktos noteiktajos gadījumos pēc sākotnējās datu apstrādes tik ilgi, cik tas būtu nepieciešams.

Parakstot šo iesniegumu, ar savu parakstu apliecinu, ka esmu informēts par manu personas datu apstrādi, un piekrītu, ka mani personas dati tiks apstrādāti iesniegumā minētā konkrētā tiesiskā mērķa sasniegšanai.