**Madonas novada pašvaldības**

**Pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

|  |
| --- |
|  |
| (vecāka (aizbildņa), bāriņtiesas pārstāvja (ja bērns ievietots audžuģimenē)  vārds, uzvārds, personas kods) |
|  |
| (adrese, tālrunis, e-pasts) |

**IESNIEGUMS**

Lūdzu izvērtēt bērna intelektuālās spējas un mācīšanās grūtību iemeslus Madonas novada pašvaldības Pedagoģiski medicīniskajā komisijā.

Apliecinu, ka vecāki piekrīt bērna intelektuālo spēju un mācīšanās grūtību iemeslu izvērtēšanai komisijā un ir informēti un piekrīt, ka šajā iesniegumā minēto, kā arī komisijai iesniegtajos dokumentos norādīto personas datu apstrāde notiek Ministru kabineta 2012.gada 16.oktobra noteikumu Nr.709 “Noteikumi par pedagoģiski medicīniskajām komisijām” 2.punktā noteiktā komisijas atzinuma sagatavošanas nolūkā. Personas datu apstrādes pārzinis ir Valsts izglītības satura centrs (adrese: Vaļņu iela 2, Rīga, LV-1050, tālrunis: 67216500, fakss: 67223801, e-pasts: visc@visc.gov.lv), personas dati tiks glabāti pastāvīgi, man ir tiesības iepazīties ar izglītojamā personas datiem un prasīt neprecīzu vai nepilnīgu datu labošanu vai dzēšanu, vai apstrādes ierobežošanu.

**Sniedzu ziņas par bērnu:**

|  |  |
| --- | --- |
| vārds, uzvārds |  |
| personas kods |  |
| dzīvesvietas adrese |  |
| izglītības iestādes nosaukums |  |
| klase (grupa) |  |

**Komisijai iesniegto dokumentu saraksts:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Izglītības iestādes informācija** par bērnu | | | | | 20 |  | | .gada |  | | uz |  | lp. |
| **Psihologa** |  | 20 |  | .gada | | |  | | | atzinums uz | |  | lp. |
|  | (vārds, uzvārds) |  |  |  | | |  | | |  | |  |  |
| **Logopēda vai speciālā pedagoga** |  | 20 |  | .gada | | |  | | | atzinums uz | |  | lp. |
|  | (vārds, uzvārds) |  |  |  | | |  | | |  | |  |  |
| **Psihiatra** |  | 20 |  | .gada | | |  | | | atzinums uz | |  | lp. |
|  | (vārds, uzvārds) |  |  |  | | |  | | |  | |  |  |
| Ārsts speciālists (*atzīmēt atbilstošo*) oftalmologs audiologs otolaringologs ortopēds traumatologs reimatologs | | | | | | | | | | | | | |
| neirologs bērnu ķirurgs alergologs ftiziatrs pneimologos endokrinologs gastroenterologs | | | | | | | | | | | | | |
| **Ārsta speciālista** |  | 20 |  | .gada | | |  | | | atzinums uz | |  | lp. |
|  | (vārds, uzvārds) |  |  |  | | |  | | |  | |  |  |
| **Ģimenes ārsta** |  | 20 |  | .gada | | |  | | | atzinums uz | |  | lp. |
|  | (vārds, uzvārds) |  |  |  | | |  | | |  | |  |  |

Vecāka (aizbildņa) vai bāriņtiesas pārstāvja:

(paraksts, datums) (vārds, uzvārds)

**Atzinumu/konsultāciju saņēmu:**

(paraksts, datums) (vārds, uzvārds)