**3. pielikums**

Nolikums Nr.NOL\_\_\_/2024 "Olaines novada

pedagoģiski medicīniskās komisijas nolikums"

***Dokumenta autors***

*(norāda izglītības iestādes nosaukumu atbilstoši tās darbību reglamentējošā tiesību aktā norādītajam nosaukumam)*

*Datums. Dokumenta reģistrācijas numurs.*

**Izglītības iestādes informācija par izglītojamo,**

**kurš tiek pieteikts Olaines novada pašvaldības pedagoģiski medicīniskajai komisijai**

**Izglītojamā vārds un uzvārds**

**Personas kods**

**Klase vai grupa**

**Izglītības programma**

**No kura laika apmeklē iestādi**

**1. Izglītojamā stiprās puses, intereses**

**2.Izglītojamā grūtības mācību procesā**  Lasītprasme Rakstītprasme Matemātiskās spējas

**3.Novērojumi par bērna veselību izglītības iestādē**

**4.Uzvedība, problēmas** Skolā Ārpus skolas

**5.Izglītības programmas apguves vērtējums**

**6. Izglītības iestādes sniegtie atbalsta pasākumi grūtību pārvarēšanā**

**7. Priekšlikumi komisijas atzinumam**

Izglītības iestādes vadītājs

(paraksts, atšifrējums)

Klases (grupas) audzinātājs

(paraksts, atšifrējums)

Speciālais pedagogs/atbalsta komandas speciālists

(paraksts, atšifrējums)