## *3. pielikums*

*Projekta “Skola* ***–*** *kopienā” darbību īstenošanas vadlīnijām sadarbības partneriem*

Pilngadīga izglītojamā iesniegums dalībai projektā



Projekta Nr. 4.2.3.1/1/24/I/001 “Skola **–** kopienā”

Valsts izglītības attīstības aģentūra

Vaļņu iela 1, Rīga, LV-1050, e-pasts: [info@viaa.gov.lv](mailto:info@viaa.gov.lv)

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

(izglītības iestādes nosaukums)

Izglītības iestādes vadītājam \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(vadītāja vārds, uzvārds)

IESNIEGUMS

Es, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(pilngadīga izglītojamā vārds, uzvārds, personas kods)

piekrītu, ka man tiek sagatavots un īstenots Individuālā atbalsta plāns

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mācību gada \_\_\_\_\_\_\_\_ semestrim.

Iesniegums apliecina, ka esmu piekritis/-usi savai dalībai ESF+ projekta “Skola **–** kopienā” ietvaros izstrādātā Individuālā atbalsta plāna ietvaros iekļautajiem atbalsta pasākumiem sociālās atstumtības un priekšlaicīgas mācību pārtraukšanas risku mazināšanai vai lasītprasmes veicināšanai.

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

(datums – diena, mēnesis, gads) (paraksts, paraksta atšifrējums)