

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

<p>ΑΙΤΗΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ</p> <p>ΕΠΩΝΥΜΟ:</p> <p>ΟΝΟΜΑ:</p> <p>ΟΔΟΣ:</p> <p>ΑΡΙΘΜΟΣ: Τ.Κ.</p> <p>ΠΕΡΙΟΧΗ:</p> <p>Τηλ.σταθ.:</p> <p>Τηλ. κινητό:</p>	<p>Αρ. Πρωτ.:</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p style="text-align: center;">ΠΡΟΣ</p> <p>1. Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης του Υπ. Παιδείας και Θρησκευμάτων</p> <p>2. ΚΕΣΥ (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΚΕΣΥ)</p> <p>3. ΔΕΔΑ (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΔΕΔΑ)</p> <p>Διάτου (Ονομασία Σχ. Μονάδας)</p>
--	---

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες αρμοδίως και κατά περίπτωση, για την έγκριση υποστήριξης του/της μαθητή/τριας του και της που θα φοιτήσει κατά το σχολ. έτος 2020-21, στην τάξη, του (ονομασία Σχ. Μονάδας).

Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία.

ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ (σημειώστε με μόνο ένα πεδίο)

- Νέα Παράλληλη Στήριξη (σύμφωνα με την εγκύκλιο)
- Ανανέωση Παράλληλης Στήριξης (σύμφωνα με την εγκύκλιο)
- Υποστήριξη από Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό
- Υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλευτή

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ (π.χ. ΚΕΣΥ (πρώην ΚΕΔΔΥ), ΔΕΔΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Αρ. Πρωτ. : **Ημερομηνία:** (Εντός βμήνου από την ημερ. αίτησης για την περίπτωση αιτήματος για Σχολ. Νοσηλευτή)

Χρόνος επαναξιολόγησης* (*Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για Σχολ. Νοσηλευτή)

Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης: Braille ENΓ
Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση.

ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ (2019-2020)

Είδος στήριξης: Παράλληλη Στήριξη ΕΒΠ ΣΧ. ΝΟΣ
Έγκριση ΝΑΙ ΟΧΙ
Υλοποίηση ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....
(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα)