

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΕ & ΔΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

.....,/...../2020

Αρ. Εμπ. πρωτ.:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ /ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....

Σχολ. Μονάδα :

Κωδικός ΥΠΑΙΘ:

Ταχ. Δ/νση :

Τ.Κ. – Πόλη :

Πληροφορίες :

Τηλέφωνο :

ΠΡΟΣ :

Διεύθυνση/θμιας Εκπαίδευσης

.....

ΘΕΜΑ: «.....»⁽¹⁾

Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία.

Σας υποβάλλουμε συνημμένα την με αρ. πρωτ. αίτηση του/της
..... γονέα/κηδεμόνα μαθητή/τριας, για τον/την οποίο/α

βεβαιώνουμε ότι:

- είναι εγγεγραμμένος/η και φοιτά στο σχολείο μας
- προσκομίστηκε γνωμάτευση ΚΕ.Σ.Υ. ή ΔΕΔΑ, η οποία φυλάσσεται στο αρχείο του σχολείου και αντίγραφο αυτής επισυνάπτεται
- γνωμάτευση/βεβαίωση Δημόσιου Νοσοκομείου, την οποία επισυνάπτουμε.
- Υποβλήθηκε στο οικείο ΚΕ.Σ.Υ. παιδαγωγική έκθεση αξιολόγησης ή (2)
- Επισυνάπτεται παιδαγωγική έκθεση αξιολόγησης, με εμπιστευτικό πρωτόκολλο, για την περίπτωση ανανέωσης από ΔΕΔΑ.

Στοιχεία Μαθητή

Επώνυμο: Όνομα

Πατρώνυμο: Μητρώνυμο:

Έτος γέννησης: Α.Μ. Μαθητή:

Τάξη φοίτησης για το σχ. έτος 2020-2021:

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

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

Αρ. Πρωτ. : Ημερομηνία:(Εντός 6 μήνου από την
ημερ. αίτησης για την περίπτωση αιτήματος για Σχολ. Νοσηλεύτη)

Χρόνος επαναξιολόγησης *

*Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για Σχολ.Νοσηλεύτη)

Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης (αν υπάρχει) ΕΝΓ Braille

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

Αρ. πρωτ. Υπ. Απόφ. έγκρισης..... Παράλληλη Στήριξη ΕΒΠ

ΣΧ. ΝΟΣ

Υλοποίηση ΝΑΙ ΟΧΙ

Παιδαγωγική Έκθεση Αξιολόγησης (Όπου απαιτείται σύμφωνα με την εγκύκλιο)

Αρ. Εμπ. Πρωτ. Ημερομηνία:

Ο/Η Δ/ντής /Δ/ντρια ή Προϊστάμενος/η της Σχ. Μονάδας



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Διευκρινίσεις επί του διαβιβαστικού :

(1) Στο θέμα αναγράφεται είτε :

«Έγκριση νέας παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης» **είτε**

«Έγκριση ανανέωσης παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης» **είτε**

«Έγκριση υποστήριξης από Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό» **είτε**

«Έγκριση υποστήριξης από Σχολικό Νοσηλεύτη».

(2) Βεβαιώνεται και αναγράφεται **μόνο** στην περίπτωση αίτησης ανανέωσης παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης.