

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

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

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 Νοσηλεύτη

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: Braille ΕΝΓ
 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)