|  |  |
| --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ**ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………..ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………ΟΔΟΣ: ……………………………………………………………..…ΑΡΙΘΜΟΣ: ………………. Τ.Κ. …………………………ΠΕΡΙΟΧΗ: ………………………………………….………….…..Τηλ. σταθ.: ……………………………………….………………Τηλ. κινητό: ………………………………………………………. | Αρ. Πρωτ.: ……………………………….Ημερομηνία: …………………………..**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)* 1. 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 Νοσηλευτή

|  |
| --- |
| **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. Νοσηλευτή)*

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

**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)*