

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

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

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 2019-20, στην τάξη, του (ονομασία σχολείου).

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, ΔΕΔΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) *

Αρ. Πρωτ. :

Ημερομηνία:

Ημερομηνία επανεξέτασης (όπου ορίζεται):

Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης: Braille ENΓ

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση.

ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ (2018-2019)

Είδος στήριξης:	Παράλληλη Στήριξη <input type="checkbox"/>	ΕΒΠ <input type="checkbox"/>	ΣΧ. ΝΟΣ <input type="checkbox"/>
Έγκριση	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	
Υλοποίηση	ΝΑΙ <input type="checkbox"/>	ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	

Ο/Η Αιτών/ούσα

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

*υπενθυμίζεται ότι τα ΚΕΔΔΥ μετονομάστηκαν σε ΚΕΣΥ

