|  |  |
| --- | --- |
| **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 Έρευνας 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)* **Διάτου** ……………………………………………………………*(Ονομασία Σχολείου)* |

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες αρμοδίως και κατά περίπτωση,για την έγκρισηυποστήριξης 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 Νοσηλευτή

|  |
| --- |
| **ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** |

**ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ***(π.χ. ΚΕΣΥ, ΔΕΔΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) \**

*………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Αρ. Πρωτ. :** *…………………………………………………………………………………………………………*

**Ημερομηνία:** *……………………………………………………………………………………………………..*

**Ημερομηνία επανεξέτασης** (*όπου ορίζεται*): *……………………………………………………*

**Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης**: Braille🞎 ΕΝΓ 🞎

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση.

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

Είδος στήριξης: Παράλληλη Στήριξη 🞎 ΕΒΠ 🞎 ΣΧ. ΝΟΣ 🞎

Έγκριση ΝΑΙ 🞎 ΟΧΙ 🞎

Υλοποίηση ΝΑΙ 🞎 ΟΧΙ 🞎

Ο/Η Αιτών/ούσα

…………………………………………………………….

*(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα)*

*\*υπενθυμίζεται ότι τα ΚΕΔΔΥ μετονομάστηκαν σε ΚΕΣΥ*