

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 2. ΚΕΣΥ <i>(Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΚΕΣΥ)</i> 3. ΔΕΔΑ <i>(Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΔΕΔΑ)</i>
ΠΕΡΙΟΧΗ:	Διά του Δημ. Σχολείου Πλατάνου-Πρασινάδας <i>(Ονομασία Σχολείου)</i>
Τηλ. σταθ.:	
Τηλ. κινητό:	

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 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 ΕΒΠ ΣΧ. ΝΟΣ

Έγκριση ΝΑΙ ΟΧΙ

Υλοποίηση ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο/Η Αιτών/ούσα

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

*υπενθυμίζεται ότι τα ΚΕΔΔΥ μετονομάστηκαν σε ΚΕΣΥ

