Αριθμός Πρωτοκόλλου : ………….

Ημερομηνία : ………………………….

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : …………………………………….…………….….. ΟΝΟΜΑ : ……………………………..……………………………….

κάτοικος ………………………………..………..……… οδός : ……………………………………………….… αριθμός : …………

Τ.Κ. : …………….… τηλέφωνα : ……………………………………………………………………………………………………………….

ΠΡΟΣ

…………………………………………………………………..………………

(Ονομασία Σχολείου)

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες για την έγκριση, για το σχολικό έτος **2017-18,** γιατον/την μαθητή/τρια …………………………………………………………………………………………………………………………..

του ….…………………….…………………. και της ..……………………………………………….., γεννηθέντος ………...………,

της ……….. τάξης του σχολείου σας :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ | ΚΕΔΔΥ | Αρ. πρωτ. | Ημερομηνία |
| Νέα Παράλληλη Στήριξη  |  |  |  |
| Ανανέωση Παράλληλης Στήριξης  |  |  |  |
| Υποστήριξη από Ε.Β.Π. |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ | ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | Αρ. πρωτ. | Ημερομηνία |
| Υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλευτή |  |  |  |

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση.

Ο/Η Αιτών/ούσα

…………………………………………………………….

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα)

