****

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ Δ/ΝΣΗ Π/ΘΜΙΑΣ & Δ/ΘΜΙΑΣ

**ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**1ο ΚΕΝΤΡΟ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ, ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ**

**1ο ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ Β’ ΑΘΗΝΑΣ**

# Λ. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ 269 – Ν. ΙΩΝΙΑ

**Τ.Κ 14231 ΤΗΛ : 2102719857- 2102797176**

e-mail:1kesyvath@sch.gr

 πληρ: Ιωάννης Σεχίδης

Πληρο

**Πληρ.: ΙΩΑΝΝΗΣ ΣΕΧΙΔΗΣ**

**Emailkdaybathen@sch.gr**

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΑΙΤΗΜΑ

Αριθμός Προτεραιότητας

Ημερομηνία.........................................................

Αιτών...................................................................

Παραπομπή..........................................................

.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Μαθησιακή αξιολόγηση |  | Τοποθέτηση σε εκπαιδευτικό πλαίσιο |  |
| Διευρεύνηση για δυσλεξία |  | Συνεκπαίδευση - ΑΜΕΑ σε κοινό σχολείο |  |
| Προσαρμογή στο σχολικό περιβάλλον |  | Κινητικότητα τυφλών |  |
| Επαγγελματικό προσανατολισμό |  | Κατ’οίκον εκπαίδευση |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Μαθησιακές δυσκολίες |  | Κινητικά προβλήματα |  |
| Συναισθηματικές δυσκολίες |  | Προβλήματα όρασης |  |
| Συμπεριφορά |  | Προβλήματα ακοής |  |
| Σύνδρομο |  | Προβλήματα λόγου |  |

Έλαβα γνώση ότι το ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ υποχρεούται να επικοινωνήσει και να συνεργαστεί με το σχολείο τουμαθητή/τριας βάσει του νόμου 4823/03.08.2021 και της Υ.Α 211076/ΓΔ4, 13/12/2018 (ΦΕΚ5614, Τευχ. Β) Ενιαίος κανονισμός λειτουργίας των κέντρων Εκαπιδευτικής και Συμβουλευτικής Υποστήριξης (Κ.Ε.Σ.Υ) και ειδικότερα καθήκοντα και αρμοδιότητες του προσωπικού τους. Επισημαίνεται ότι η αξιολογική έκθεση κινοποιείται στη σχολική μονάδα του μαθτή/τριας.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι το παιδί μου δεν έχει εξεταστεί στο παρελθόν από ΚΔΑΥ, ΚΕΣΣΥ, ΚΕΔΑΣΥ, ΔΕΔΑ και δεν διαθέτει αριθμό Μητρώου από προηγούμενο υποβληθέν αίτημα στην υπηρεσία σας.

Έλαβα γνώση του χρόνου αναμονής των αιτημάτων

Ο γονέας/κηδεμόνας

Όνομα πατέρα:................................................................

Όνομα μητέρας:................................................................

 Σχολείο φοίτησης:...........................................................

Tάξη................................................................................

Διευθυντής σχολείου:....................................................

Eπώνυμο παιδιού: .....................................................

 Όνομα παιδιού: ..........................................................

Ημερομηνία γέννησης:....................................................

 Δ/νση κατοικίας:........................................................

 Πόλη:...................................T.K.......................

Tηλέφωνα: οικία:.............................................................

κινητό…………………………………………………
E-mail:………………………………………………..

**Περιγραφή του αιτήματος**:
.............................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Πρώτες πληροφορίες για τον μαθητή/τρια:**

**Αντιμετώπιση από άλλους φορείς-προηγούμενες διαγνώσεις:**

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**AITHMA ΠΡΟΣ 1Ο ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ για:**