

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

ΑΙΤΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΑ 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 και Θρησκευμάτων 2. ΚΕΣΥ (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΚΕΣΥ) 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 Σχ. Μονάδας)
--	---

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 2021-2022, στην τάξη, του (ονομασία Σχ. Μονάδας).

Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία.

ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ (σημειώστε με ☒ μόνο ένα πεδίο)

- ☐ Νέα Παράλληλη Στήριξη-Συνεκπαίδευση (σύμφωνα με την εγκύκλιο)
- ☐ Ανανέωση Παράλληλης Στήριξης-Συνεκπαίδευσης (σύμφωνα με την εγκύκλιο)
- ☐ Υποστήριξη από Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό (ΝΕΟ ΑΙΤΗΜΑ σύμφωνα με την εγκύκλιο)
- ☐ Υποστήριξη από Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό (ΑΝΑΝΕΩΣΗ σύμφωνα με την εγκύκλιο)
- ☐ Υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλεύτη

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ (π.χ. ΚΕΣΥ (πρώην ΚΕΔΔΥ), ΔΕΔΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Αρ. Πρωτ. : **Ημερομηνία:** (Εντός 6μήνου από την ημερ. αίτησης για την περίπτωση αιτήματος για Σχολ. Νοσηλεύτη)

Χρόνος επαναξιολόγησης* (*Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για Σχολ. Νοσηλεύτη)

Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης: Braille ☐ ENF ☐

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Στην ανωτέρω γνωμάτευση συμπεριλαμβάνεται σαφής αναφορά για στήριξη για το σχ. έτος 2021-2022:

☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Σχ. έτη που έχουν μεσολαβήσει από την έκδοση της κατατεθείσας γνωμάτευσης:

- ☐ Τρέχον σχολικό. έτος (2020-2021)
- ☐ Προηγ. σχολικό. έτος (2019-2020),
- ☐ 2 σχολικά έτη (2018-2019),
- ☐ 3 σχολικά έτη (2017-2018)
- ☐ 4 σχολικά έτη (2016-2017)

- ☐ 5 σχολικά έτη (2015-2016)
☐ 6 σχολικά έτη (2014-2015)
☐ Περισσότερα των 6 σχολικών ετών

Αριθμός ετών κατά τα οποία υποβλήθηκε αίτημα με κατάθεση της παρούσας γνωμάτευσης:

Αριθμός αιτημάτων που έλαβαν έγκριση με την παρούσα γνωμάτευση:

Αριθμός εγκεκριμένων αιτημάτων που υλοποιήθηκαν με την παρούσα γνωμάτευση:

Αριθμός ετών κατά τα οποία έγινε πρόσληψη «ειδικού βοηθού» από την οικογένεια:

ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ (2020-2021)

Είδος στήριξης:

- ☐ Παράλληλη Στήριξη
☐ ΕΒΠ
☐ ΣΧ. ΝΟΣ

Έγκριση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Υλοποίηση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Ο/Η Αιτών/ούσα

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