

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

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) 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 Σχολείου)
---	---

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 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 ☐ 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*



Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

