

Α.Ε. Π.:.....

- / -

Σχολείο:.....

ΑΙΤΗΣΗ –ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Όνοματεπώνυμο πατέρα μαθητή/τριας:

Όνοματεπώνυμο μητέρας μαθητή/τριας:

Ποιος υποβάλλει την αίτηση;Πατέρας μητέρα

Άλλος κηδεμόνας; Ποιος; _____

Τηλέφωνα (σταθερά): _____.

Κινητό μητέρας: _____

Κινητό πατέρα: _____

Δ/ση κατοικίας μαθητή/τριας: _____

Α. Θέμα αίτησης: (επιλέξτε)Αξιολόγηση (για πρώτη φορά) Επαναξιολόγηση (λήγει η ισχύς της γνωμάτευσης) **Β. Επιλέξτε συγκεκριμένα**Αίτημα για επαναφοίτηση νηπίου Αίτημα για παροχή παράλληλης στήριξης-
συνεκπαίδευσης Αίτημα για παροχή Ε. Β. Π. (Ειδικό Βοηθητικό
Προσωπικό)

Ημερομηνία : _____

ΠΡΟΣ :2^ο ΚΕΔΑΣΥ Β' ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**(Δια της Διεύθυνσης του Σχολείου)**Σας παρακαλούμε να αξιολογήσετε τον/την
μαθητή/τρια:

(Εξηγήστε το γιατί) _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Πρόσθετα στοιχεία για μαθητή/τρια:

Σχολείο: _____

Τάξη: _____ Σχολ. έτος: _____

Υπεύθυνος Εκπ/κός τάξης:-----

Τηλ. Σχολείου: _____

Δήμος που ανήκει το
σχολείο _____Φοιτά σε Τμήμα Ένταξης Έχει Παράλληλη Στήριξη Φοιτά στην Τάξη Υποδοχής Παρακολουθεί Ενισχυτική Διδασκαλία Έχει ήδη γνωμάτευση από κάποιο φορέα

Αν έχει γνωμάτευση, από ποιον φορέα;

Με την παρούσα αίτηση-υπεύθυνη δήλωση συναινώ και αποδέχομαι η υπηρεσία σας να προβεί σε οποιαδήποτε συνεργασία κριθεί απαραίτητη, π.χ. με τους εκπαιδευτικούς και γενικά με το σχολείο του παιδιού και όλους τους άλλους φορείς: Κο.Κ.ε.Ψ.Υ.Π.Ε., Κέντρα Ψυχικής Υγείας, νοσοκομεία, ιδιωτικά θεραπευτήρια-ιδιώτες ιατρούς, όπου το παιδί έχει αξιολογηθεί ή υποστηρίζεται, ώστε να αντληθούν πληροφορίες και έγγραφα χρήσιμα στην αξιολόγησή του.

Ο/Η αιτών/αιτούσα:

(Υπογραφή) _____

(Όνοματεπώνυμο) _____