

ΑΙΤΗΣΗ

(Συμπληρώνεται από το ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ.)

Αρ. Πρωτ./Ημ. Παραλαβής:...../.....-.....-.....

Παραλήπτης:

Του/της

Ονοματεπώνυμο γονέα/κηδεμόνα:

.....

Διεύθυνση:.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΩΝ

Ον/νυμο πατέρα:

.....Τηλ.:.....

Ον/νυμο μητέρας:.....

.....Τηλ.:.....

ΘΕΜΑ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αξιολόγηση εκπ. αναγκών-δυσκολιών

Αξιολόγηση άλλων αναγκών-δυσκολιών

Τοποθέτηση/αλλαγή σχολικού πλαισίου

Αλλαγή βαθμίδας

Συμβουλευτική

Εισήγηση για φοίτηση σε πλαίσιο ειδικής αγωγής και εκπαίδευσης

Εισήγηση για Παράλληλη Στήριξη

Άλλο:.....

.....

.....

.....

Ενημερώθηκα και συναινώ ότι: τα μέλη του εκπαιδευτικού προσωπικού του ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ. Λευκάδας, δύνανται να προβούν σε όλες τις περαιτέρω ενέργειες διερεύνησης-αξιολόγησης-υποστήριξης του παιδιού μου, όπως προβλέπεται από τον Ν.4823/2021.

ΠΡΟΣ

**Κέντρα Διεπιστημονικής Αξιολόγησης,
Συμβουλευτικής και Υποστήριξης
(ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ.) Λευκάδας**

Σας παρακαλούμε να αξιολογήσετε-υποστηρίξετε τον/την μαθητή/τρια (ονοματεπώνυμο).....

.....

Επιπλέον στοιχεία μαθητή/τριας:

Σχολείο:

Τάξη:

Εκπαιδευτικός τάξης:

Ημερομηνία γέννησης:

Μητρική γλώσσα:

Επαναξιολόγηση

Παρακολουθεί Τμήμα Ένταξης

Έχει Παράλληλη Στήριξη

Παρακολουθεί Τάξη Υποδοχής

Παρακολουθεί Ενισχ. Διδ.

Άλλες αξιολογήσεις-γνωματεύσεις από δημόσια ή ιδιωτικά κέντρα:

.....

.....

Η αίτηση υποβάλλεται:

- Μετά από πρόταση της Ε.Δ.Υ.
- Μετά από πρόταση του Σχολείου
- Με πρωτοβουλία του γονέα/κηδεμόνα

Ο/Η αιτών/ούσα

(υπογραφή)

Ημερομηνία: