

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

ΑΙΤΗΣΗ	Αρ. Πρωτ.:
	Ημερομηνία:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ	ΠΡΟΣ
ΕΠΩΝΥΜΟ:	1. Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης του Υπ. Παιδείας και Θρησκευμάτων
ΟΝΟΜΑ:	2. ΚΕΔΑΣΥ (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΚΕΣΥ/ΚΕΔΑΣΥ)
ΟΔΟΣ:	3. ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ)
ΑΡΙΘΜΟΣ: Τ.Κ.	Διά του
ΠΕΡΙΟΧΗ:	(Ονομασία Σχ. Μονάδας)
Τηλ. σταθ.:	
Τηλ. κινητό:	

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 σχολικό έτος 2022-2023,** στην τάξη, του(ονομασία Σχ. Μονάδας).

Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία:**ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ** (σημειώστε με μόνο ένα είδος)

- 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 Νοσηλευτή*

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ/ΕΙΣΗΓΗΣΗ**ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ/ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ** (π.χ. ΚΕΣΥ/ΚΕΔΑΣΥ, ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Αρ. Πρωτ. : Ημερομηνία: (Εντός βμήνου από την ημερ. αίτησης για την περίπτωση αιτήματος για Σχολ. Νοσηλευτή)

Χρόνος επαναξιολόγησης:(Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για Σχολ. Νοσηλευτή)

Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης: Braille ΕΝΓ



Επισυνάπτω αντίγραφο της ανωτέρω γνωμάτευσης:

* **ΑΔΥΜ**

Στην περίπτωση αιτήματος για υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλευτή, βεβαιώνω ότι το ΑΔΥΜ του τέκνου μου είναι αναλόγως επικαιροποιημένο και συμπληρωμένο ως προς τα προβλήματα υγείας και τις οδηγίες περιορισμών. ΝΑΙ

ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ (2021-2022)

Είδος στήριξης:

Παράλληλη Στήριξη

ΕΒΠ

ΣΧ. ΝΟΣ.

Έγκριση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: ΝΑΙ ΟΧΙ

Υλοποίηση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: ΝΑΙ ΟΧΙ

Δηλώνω ότι:

- **δεν** έχω κάνει αίτηση για άλλο είδος στήριξης της παρούσας εγκυκλίου
- **έχω λάβει γνώση** των περιεχομένων της εγκυκλίου και των επισημάνσεων αυτής

Ο/Η Αιτών/ούσα

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



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

