|  |  |
| --- | --- |
| ΑΙΤΗΣΗ  ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………  ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………………….  Γονέας  ή Κηδεμόνας  ΟΔΟΣ: ………………………………………………………..  ΑΡΙΘΜΟΣ: ………………………………………………….  ΤΚ-ΠΕΡΙΟΧΗ: ……………………………………………..  Τηλέφ. σταθ.: ……………………………………………  Τηλέφ. κινητό: ………………………………………….. | Αριθμός Πρωτοκόλλου:  Ημερομηνία:  ΠΡΟΣ   1. Υπουργείο Παιδείας , Έρευνας και Θρησκευμάτων /Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης 2. ΚΕΔΔΥ ……………………………………(μόνο για την περίπτωση ανανέωσης παράλληλης στήριξης με διάγνωση από ΚΕΔΔΥ)   Διά του ……………………………………………………………  (Ονομασία Σχολείου) |

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες αρμοδίως και κατά περίπτωση για την έγκριση, για το σχολικό έτος 2018-19, για τον/την μαθητή/τρια ………………………...……………………………………………………………

του ….…………………….…………………. και της ..……………………………………………, γεννηθέντος ……/…….../………, που θα φοιτήσει κατά το σχολ. έτος 2018-19, στην …..… τάξη, του ……………….……………………………………..…... (ονομασία σχολείου).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ | ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ | | | |
| ΚΕΔΔΥ | ΕΔΕΑ | Αρ. πρωτ. | Ημερομηνία |
| Νέα Παράλληλη Στήριξη |  |  |  |  |
| Ανανέωση Παράλληλης Στήριξης |  |  |  |  |
| Υποστήριξη από Ε.Β.Π. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ | ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ | | |
| ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | Αρ. πρωτ. | Ημερομηνία |
| Υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλευτή |  |  |  |

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση. 

Ο/Η Αιτών/ούσα

…………………………………………………………….

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα)

