

<b>ΑΙΤΗΣΗ</b>	Αρ. Πρωτ.: ..... Ημερομηνία: .....
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ</b>	<b>ΠΡΟΣ</b>
ΕΠΩΝΥΜΟ: .....	1. Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης του Υπ. Παιδείας και Θρησκευμάτων
ΟΝΟΜΑ: .....	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)
ΟΔΟΣ: .....	
ΑΡΙΘΜΟΣ: ..... Τ.Κ. ....	
ΠΕΡΙΟΧΗ: .....	<b>Διά</b> <span style="float: right;"><b>ΤΟΥ</b></span> ..... (Ονομασία Σχ. Μονάδας)
.....	
Τηλ. σταθ.:	
.....	
Τηλ. κινητό:	
.....	

**ΝΕΟ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1 (10-06-2021)**

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 2021-2022,** στην ..... τάξη, ΤΟΥ .....(ονομασία Σχ. Μονάδας).

Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία.

**ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ** (σημειώστε με  μόνο ένα πεδίο)

- 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

**ΝΩΜΑΤΕΥΣΗ/ΕΙΣΗΓΗΣΗ**

**ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ/ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ** (π.χ. ΚΕΣΥ (πρώην ΚΕΔΔΥ), ΔΕΔΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)

Αρ. Πρωτ. : ..... Ημερομηνία: ..... (Εντός 6μήνου 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 την ανωτέρω γνωμάτευση:**  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Στην περίπτωση γνωμάτευσης /εισήγησης για «Παράλληλη στήριξη-συνεκπαίδευση» ή για στήριξη από «Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό», περιλαμβάνεται σαφής αναφορά για στήριξη για το σχ. έτος 2021-2022:

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**Σχ. έτη που έχουν μεσολαβήσει από την έκδοση της κατατεθείσας γνωμάτευσης /εισήγησης για «Παράλληλη στήριξη-συνεκπαίδευση» ή για στήριξη από «Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό»:**

\* (Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για Σχολ. Νοσηλευτή)

- Τρέχον σχολικό. έτος (2020-2021)
- Προηγ. σχολικό. έτος (2019-2020),
- 2 σχολικά έτη (2018-2019),
- 3 σχολικά έτη (2017-2018)
- 4 σχολικά έτη (2016-2017)
- 5 σχολικά έτη (2015-2016)
- 6 σχολικά έτη (2014-2015)
- Περισσότερα των 6 σχολικών ετών

**Αριθμός ετών κατά τα οποία υποβλήθηκε αίτημα με την παρούσα γνωμάτευση/εισήγηση:**

.....

**Αριθμός αιτημάτων που έλαβαν έγκριση με την παρούσα γνωμάτευση/εισήγηση:**

.....

**Αριθμός αιτημάτων που υλοποιήθηκαν με την παρούσα γνωμάτευση:** .....

**ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ  
-2021)**

**Είδος στήριξης:**

- Παράλληλη Στήριξη
- ΕΒΠ
- ΣΧ. ΝΟΣ

Έγκριση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Υλοποίηση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους:  ΝΑΙ  ΟΧΙ

Ο/Η Αιτών/ούσα

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