|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ------- | ……………….., …../……/2017Αρ. πρωτ.: ……………… |
| ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΕ & ΔΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΦΛΩΡΙΝΑΣΣΧΟΛΕΙΟ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_------- |  |
| Ταχ. Δ/νση : ……………………………………..Τ.Κ. – Πόλη : ……………………………………..Πληροφορίες : …………………………………….Email : …………………………………….Τηλέφωνο : .……………………………………FAX : …………………………………… | ΠΡΟΣ :ΔΔΕ Φλώρινας |

**ΘΕΜΑ**: «………………………………………………………………………………………………………………………………..» (1)

Σας υποβάλλουμε συνημμένα αίτηση του/της ………………………………………………………………………………… γονέα/κηδεμόνα μαθητή/τριας, για τον/την οποίο/α **βεβαιώνουμε** ότι είναι εγγεγραμμένος/η και φοιτά στο σχολείο μας με τα παρακάτω στοιχεία :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Επώνυμο | Όνομα | Πατρώνυμο | Τάξη εγγρ. 2017-2018 | Αρ. ΒΜΠ |
|  |  |  |  |  |

**Βεβαιώνουμε** ότι προσκομίστηκε γνωμάτευση ΚΕ.Δ.Δ.Υ. η οποία φυλάσσεται στο αρχείο του σχολείου ή γνωμάτευση/βεβαίωση Δημόσιου Νοσοκομείου, την οποία επίσης επισυνάπτουμε, με τα παρακάτω στοιχεία :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Γνωμάτευση ΚΕΔΔΥ ή Δημόσιου Νοσοκομείου(Φορέας, αρ. πρωτ. / ημερομηνία) | Προτεινό-μενες ώρες υποστήριξης | Αρ. πρωτ. απόφασης έγκρισης υποστήριξης για σχ. έτος 2016-17 | Είδος εκπαιδ. ανάγκης (μόνο για Ε.Ν.Γ. ή braille) | Υλοποίηση υποστήριξης το σχ. Έτος 2016-2017 (ΝΑΙ/ΟΧΙ) |
|  |  |  |  |  |

Επίσης, βεβαιώνουμε ότι υποβλήθηκε στο οικείο ΚΕ.Δ.Δ.Υ. παιδαγωγική έκθεση αξιολόγησης για τον/την ανωτέρω μαθητή/τρια. (2)

Ο/Η ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ/ΝΤΡΙΑ ΤΟΥ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

……………………………………..

Διευκρινίσεις επί του διαβιβαστικού :

(1) Στο θέμα αναγράφεται :

«Έγκριση νέας παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης» ή

«Έγκριση ανανέωσης παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης» ή

«Έγκριση υποστήριξης από Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό» ή

«Έγκριση υποστήριξης από Σχολικό Νοσηλευτή»

(2) Βεβαιώνεται και αναγράφεται **μόνο** στην περίπτωση αίτησης ανανέωσης παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης.