|  |  |
| --- | --- |
| **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) |

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες αρμοδίως και κατά περίπτωση για την έγκριση, για το σχολικό έτος 2018-2019, για τον/την μαθητή/τρια………………………...……………………………………………………………

του ….…………………….…………………. και της ..……………………………………………, γεννηθέντος ……/…….../………, που θα φοιτήσει κατά το σχολικό έτος 2018-2019, 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)