|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**ΕΠΩΝΥΜΟ: …………………………………………..…………………ΟΝΟΜΑ: ……………………………………………………..………….Γονέας  ή Κηδεμόνας ΟΔΟΣ: .:………………………………………..………………………ΑΡΙΘΜΟΣ: .:……………………………………………..……………ΤΚ-ΠΕΡΙΟΧΗ: .:………………………………………………………Τηλέφ. σταθ.:…………………………………….……………………Τηλέφ. κινητό: ……………………………………..……………….. | Αριθμός Πρωτοκόλλου:Ημερομηνία:ΠΡΟΣ1. 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)