|  |  |
| --- | --- |
|  **ΑΙΤΗΣΗ****ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ**ΕΠΩΝΥΜΟ: ……………………………………………………..ΟΝΟΜΑ: …………………………………………………………ΟΔΟΣ: ……………………………………………………………..…ΑΡΙΘΜΟΣ: ………………. Τ.Κ. …………………………ΠΕΡΙΟΧΗ: ………………………………………….………….…..Τηλ. σταθ.: ……………………………………….………………Τηλ. κινητό: ………………………………………………………. | Αρ. Πρωτ.: ……………………………….Ημερομηνία: …………………………..**ΠΡΟΣ**1. Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης του Υπ. Παιδείας και Θρησκευμάτων
2. ΚΕΣΥ ………………………………………………………….

*(Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΚΕΣΥ)* 1. ΔΕΔΑ ………………………………………………………….

*(Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΔΕΔΑ)* **Διά** **του** 2ου Δημοτικού Σχολείου Νέας Ερυθραίας*(Ονομασία Σχ. Μονάδας)* |

**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

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

|  |
| --- |
|  **ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ** |

**ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ** *(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 ανωτέρω γνωμάτευση συμπεριλαμβάνεται σαφής αναφορά για στήριξη για το σχ. έτος 2021-2022:**

🞎 ΝΑΙ 🞎 ΟΧΙ

**Σχ. έτη που έχουν μεσολαβήσει από την έκδοση της κατατεθείσας γνωμάτευσης:**

 🞎 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 κατάθεση της παρούσας γνωμάτευσης:** …………………………..

**Αριθμός αιτημάτων που έλαβαν έγκριση με την παρούσα γνωμάτευση:** …………………………..

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

**Αριθμός ετών κατά τα οποία έγινε πρόσληψη «ειδικού βοηθού» από την οικογένεια:** ………………..

|  |
| --- |
|  **ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ *(2020-2021)*** |

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)*