**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **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. ΚΕΔΑΣΥ ………………………………………………………….

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

*(Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ)***Διάτου** ……………………………………………………………*(Ονομασία Σχ. Μονάδας)* |

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες αρμοδίως και κατά περίπτωση,για την έγκρισηυποστήριξης του/της μαθητή/τριας…………………………………….………………………...…………………………του….………………….…….………………… και της ….…………………….…………………………. **που θα φοιτήσει κατά το σχολικόέτος 2022-2023,**στην ..…..… τάξη, του ……………….…………………………………………………………..….......................................*(ονομασία Σχ. Μονάδας)*.

***Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία:***

|  |
| --- |
| **ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ** *(σημειώστε με ⌧****μόνο*** *ένα είδος)* |

🞎 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/ΕΙΣΗΓΗΣΗ** |

**ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ/ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ***(π.χ. ΚΕΣΥ/ΚΕΔΑΣΥ, ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ)*

*………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Αρ. Πρωτ. :** *……………………………………………***Ημερομηνία:** ………………………………..…*(Εντός 6μήνου από την ημερ. αίτησης για την περίπτωση αιτήματος για Σχολ. Νοσηλευτή)*

**Χρόνοςεπαναξιολόγησης:***……………………………………………………(Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για Σχολ.Νοσηλευτή)*

**Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης**: Braille🞎 ΕΝΓ 🞎

**Επισυνάπτω αντίγραφο της ανωτέρω γνωμάτευσης:**🞎

**\*ΑΔΥΜ**

Στην περίπτωση αιτήματος για υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλευτή, βεβαιώνω ότι το ΑΔΥΜ του τέκνου μου είναι αναλόγως επικαιροποιημένο και συμπληρωμένο ως προς τα προβλήματα υγείας και τις οδηγίες περιορισμών. 🞎 ΝΑΙ

|  |
| --- |
| **ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ*(2021-2022)*** |

Είδος στήριξης:

🞎Παράλληλη Στήριξη

🞎ΕΒΠ

🞎ΣΧ. ΝΟΣ.

Έγκριση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: 🞎ΝΑΙ 🞎ΟΧΙ

Υλοποίησηστήριξηςπροηγούμενου σχολικού έτους: 🞎 ΝΑΙ 🞎 ΟΧΙ

Δηλώνω ότι:

* **δεν** έχω κάνει αίτηση για άλλο είδος στήριξης της παρούσας εγκυκλίου 🞎
* **έχω λάβει γνώση** των περιεχομένων της εγκυκλίου και των επισημάνσεων αυτής 🞎

Ο/Η Αιτών/ούσα

…………………………………………………………….

*(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα)*