

ΝΕΟ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1 (10-06-2021)

<p>ΑΙΤΗΣΗ</p> <p style="text-align: center;">ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ</p> <p>ΕΠΩΝΥΜΟ:</p> <p>ΟΝΟΜΑ:</p> <p>ΟΔΟΣ:</p> <p>ΑΡΙΘΜΟΣ: Τ.Κ.</p> <p>ΠΕΡΙΟΧΗ:</p> <p>Τηλ. σταθ.:</p> <p>Τηλ. κινητό:</p>	<p>Αρ. Πρωτ.:</p> <p>Ημερομηνία:</p> <p style="text-align: center;">ΠΡΟΣ</p> <p>1. Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής & Εκπαίδευσης του Υπ. Παιδείας και Θρησκευμάτων</p> <p>2. ΚΕΣΥ (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΚΕΣΥ)</p> <p>3. ΔΕΔΑ (Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΔΕΔΑ)</p> <p>Διά του (Ονομασία Σχ. Μονάδας)</p>
--	--

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/ΕΙΣΗΓΗΣΗ

ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ/ΕΙΣΗΓΗΣΗΣ (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 ENΓ

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση: ΝΑΙ ΟΧΙ

Στην περίπτωση γνωμάτευσης /εισήγησης για «Παράλληλη στήριξη-συνεκπαίδευση» ή για στήριξη από «Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό», περιλαμβάνεται σαφής αναφορά για στήριξη για το σχ. έτος 2021-2022:

ΝΑΙ ΟΧΙ

Σχ. έτη που έχουν μεσολαβήσει από την έκδοση της κατατεθείσας γνωμάτευσης /εισήγησης για «Παράλληλη στήριξη-συνεκπαίδευση» ή για στήριξη από «Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό»:

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

- 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 την παρούσα γνωμάτευση/εισήγηση:

Αριθμός αιτημάτων που έλαβαν έγκριση με την παρούσα γνωμάτευση/εισήγηση:

Αριθμός αιτημάτων που υλοποιήθηκαν με την παρούσα γνωμάτευση:

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)