|  |  |
| --- | --- |
| **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** ……………………………………………………………  *(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)*