## ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1

ΑΔΑ: Ω2ΨΗ46ΜΤΛΗ-ΛΔ9

|  |  |
| --- | --- |
| **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)***3.** ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ ………………………………………………………….*(Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που ζητείται ανανέωση της παρ. στήριξης από εκπαιδευτικό ή στήριξη από ΕΒΠ, με διάγνωση από ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ)***Διά του** ……………………………………………………………*(Ονομασία Σχ. Μονάδας)* |

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 σχολικό έτος 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)*

**Χρόνος επαναξιολόγησης:** *(Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για*

*Σχολ. Νοσηλευτή)*

**Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης**: Braille  ΕΝΓ 

## Επισυνάπτω αντίγραφο της ανωτέρω γνωμάτευσης: 

ΑΔΑ: Ω2ΨΗ46ΜΤΛΗ-ΛΔ9

**\***

**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 Υλοποίηση στήριξης προηγούμενου 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)*