**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)* **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:** 🞎

**\* 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)*