**ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 1**

| ΑΙΤΗΣΗ | Αριθμός Πρωτοκόλλου:<br>Ημερομηνία: |
|---|---|
| ΕΠΩΝΥΜΟ: ……<br><br>ΟΝΟΜΑ: …….<br><br>Γονέας ☐ ή Κηδεμόνας ☐<br><br>ΟΔΟΣ: ……..<br><br>ΑΡΙΘΜΟΣ: …….<br><br>ΤΚ-ΠΕΡΙΟΧΗ: ……..<br><br>Τηλέφ. σταθ.:……<br><br>Τηλέφ. κινητό: …….. | ΠΡΟΣ<br><br>**1.** Υπουργείο Παιδείας ,Έρευνας και Θρησκευμάτων/Διεύθυνση Ειδικής Αγωγής& Εκπαίδευσης<br>**2.** ΚΕΔΔΥ ……(μόνο για την περίπτωση ανανέωσης παράλληλης στήριξης με διάγνωση από ΚΕΔΔΥ)<br><br>Διά του ……<br>(Ονομασία Σχολείου) |

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες αρμοδίως και κατά περίπτωση για την έγκριση, για το σχολικό έτος 2018-19, για τον/την μαθητή/τρια…….…… του …….…… και της ……, γεννηθέντος ……/……../……, που θα φοιτήσει κατά το σχολ. έτος 2018-19, στην …….. τάξη, του ……..... (ονομασία σχολείου).

| ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ | ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ΚΕΔΔΥ | ΕΔΕΑ | Αρ. πρωτ. | Ημερομηνία |
| Νέα Παράλληλη Στήριξη | | | | |
| Ανανέωση Παράλληλης Στήριξης | | | | |
| Υποστήριξη από Ε.Β.Π. | | | | |

| ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ | ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ | | |
|---|---|---|---|
| | ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ | Αρ. πρωτ. | Ημερομηνία |
| Υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλευτή | | | |

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση.☐

Ο/Η Αιτών/ούσα

…….

(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα)