

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ 2



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΕ & ΔΕ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

.....,/06/2022

Αρ. Εμπ. πρωτ.:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ /ΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....
Σχολ. Μονάδα :
Κωδικός ΥΠΑΙΘ:
Ταχ. Δ/νση :
Τ.Κ. – Πόλη :
Πληροφορίες :
Τηλέφωνο :

ΠΡΟΣ :

Διεύθυνση/θμιας Εκπαίδευσης

ΘΕΜΑ: «.....»⁽¹⁾

Παρακαλούμε να συμπληρωθούν όλα τα πεδία.

Σας υποβάλλουμε συνημμένα την με αρ. πρωτ. αίτηση του/της
..... γονέα/κηδεμόνα μαθητή/τριας, για τον/την
οποίο/α

βεβαιώνουμε ότι:

- είναι εγγεγραμμένος/η και φοιτά στο σχολείο μας
- προσκομίστηκε γνωμάτευση ΚΕΣΥ/ΚΕΔΑΣΥ ή ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ, η οποία φυλάσσεται στο αρχείο του σχολείου και αντίγραφο αυτής επισυνάπτεται
- το ΑΔΥΜ του/της μαθητή/τριας είναι ενημερωμένο ανάλογα και προσκομίστηκε γνωμάτευση/βεβαίωση Δημόσιου Νοσοκομείου, την οποία επισυνάπτουμε⁽²⁾
- υποβλήθηκε στο οικείο ΚΕΔΑΣΥ παιδαγωγική έκθεση αξιολόγησης ή
- επισυνάπτεται παιδαγωγική έκθεση αξιολόγησης, με εμπιστευτικό πρωτόκολλο, για την περίπτωση ανανέωσης από ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ ⁽³⁾.
- ο αριθμός μαθητών/τριών της σχολικής μονάδας (από myschool) είναι:

Στοιχεία Μαθητή

Επώνυμο: Όνομα

Πατρώνυμο: Μητρώνυμο:

Έτος γέννησης: Α.Μ. Μαθητή:

Τάξη φοίτησης για το σχ. έτος 2022-2023:

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ

ΦΟΡΕΑΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ (π.χ. ΚΕΔΑΣΥ (πρώην ΚΕΣΥ), ΔΕΔΑ/ΕΔΕΑ, ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) :
.....

Αρ. Πρωτ. : **Ημερομηνία:**(Εντός 6μήνου
από την ημερ. αίτησης για την περίπτωση αιτήματος για Σχολ. Νοσηλευτή)



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



Επιτελική
Δομή ΕΣΠΑ
Τομέα Παιδείας

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού,
Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση
Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



Χρόνος επαναξιολόγησης (Δεν συμπληρώνεται στις περιπτώσεις αιτημάτων για Σχολ. Νοσηλευτή):.....

Στην ανωτέρω γνωμάτευση συμπεριλαμβάνεται σαφής αναφορά για στήριξη για το σχ. έτος 2022-2023
(για την περίπτωση αιτήματος για στήριξη από ΕΒΠ ή ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ): ΝΑΙ ΟΧΙ

Είδος εκπαιδευτικής ανάγκης (αν υπάρχει): ΕΝΓ Braille

ΕΓΚΡΙΣΗ-ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟΥ ΣΧ. ΕΤΟΥΣ (2021-2022)

Είδος στήριξης:

- Παράλληλη Στήριξη
 ΕΒΠ
 ΣΧ. ΝΟΣ

Έγκριση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: ΝΑΙ ΟΧΙ

Αρ. πρωτ. Υπουργικής Απόφασης έγκρισης:

Υλοποίηση στήριξης προηγούμενου σχολικού έτους: ΝΑΙ ΟΧΙ

Παιδαγωγική Έκθεση Αξιολόγησης (Όπου απαιτείται σύμφωνα με την εγκύκλιο)

Αρ. Εμπ. Πρωτ./

Ημερομηνία:

Ο/Η Διευθυντής/ντρια ή Προϊστάμενος/η της Σχ. Μονάδας

.....

Διευκρινίσεις επί του διαβιβαστικού :

(1) Στο θέμα αναγράφεται είτε :

«Έγκριση νέας παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης» **είτε**

«Έγκριση ανανέωσης παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης» **είτε**

«Έγκριση υποστήριξης από Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό» **είτε**

«Έγκριση υποστήριξης από Σχολικό Νοσηλευτή».

(2) Αφορά την περίπτωση αιτήματος για Σχολικό Νοσηλευτή

(3) Βεβαιώνεται και αναγράφεται **μόνο** στην περίπτωση αίτησης ανανέωσης παράλληλης στήριξης-συνεκπαίδευσης.