|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ** του γονέα ή κηδεμόναΕπώνυμο: ……………………………………………..Όνομα: ………………………………………………….Δ/νση: …………………………………………………..Τηλέφωνα:…………………………………………………………………….……………………………………e mail: …………………………………………………Σας δηλώνω ενυπόγραφα ότι έχω την γονική επιμέλεια και κηδεμονία του παιδιού και σας επιτρέπω να επικοινωνήσετε, αν χρειαστεί για τις ανάγκες της αξιολόγησης του παιδιού, με άλλο ιατροπαιδαγωγικό κέντρο ή υπηρεσία / ιδιωτικό φορέα ή σχολείο.  **(Συμπλήρωση τόπου & ημερομηνίας)** **……………………………………………………** | **ΠΡΟΣ ΤΟ****Κέντρo Διεπιστημονικής Αξιολόγησης, Συμβουλευτικής και Υποστήριξης (ΚΕ.Δ.Α.Σ.Υ.) ΠΙΕΡΙΑΣ****(δια μέσω του σχολείου του παιδιού μου)**Παρακαλώ να εξετάσετε το αίτημά μου για την **α. αξιολόγηση** **β. επαναξιολόγηση** λόγω λήξης γνωμάτευσηςγ. **επαναξιολόγηση** για αλλαγή βαθμίδαςτου παιδιού μου:………………………………………………………………………………………………………………………………………..Ημερ. Γέννησης:…………………Σχολείο φοίτησης:……….……………………………………………………………………………..Τάξη:……….. Όνομα πατρός:………………………………..….Ονομ/πωνυμο μητέρας:………………………….................Στο παρελθόν το παιδί είχε: (υπογραμμίστε)**α. παράλληλη στήριξη από ειδικό παιδαγωγό****β. παράλληλη στήριξη από ειδ. Βοηθητ. προσωπικό****γ. φοίτηση σε Τμήμα ένταξης****δ. φοίτηση σε Σχολική Μονάδα Ειδικής Αγωγής****ε. τεχνικά μέσα διευκόλυνσης της εκπαίδευσης****στ. επαναφοίτηση στο νηπιαγωγείο****ζ. Ιδιώτη βοηθό****η. κατ’ οίκον εκπαίδευση****θ. απαλλαγή από γραπτές εξετάσεις****ι. Τίποτα από τα παραπάνω****ια.( Άλλο) γράψτε:………………………………………** Υπογραφή γονέα / κηδεμόνα |
|  |  |