|  |  |
| --- | --- |
| **ΑΙΤΗΣΗ**  του γονέα ή κηδεμόνα  Επώνυμο: …………………………………………….. 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 γνωμάτευσης  γ. **επαναξιολόγηση** για αλλαγή βαθμίδας  του 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 |
|  |  |