

Αριθμός Πρωτοκόλλου :

Ημερομηνία :

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : ΟΝΟΜΑ :

κάτοικος οδός : αριθμός :

Τ.Κ. : τηλέφωνα :

ΠΡΟΣ

.....
(Ονομασία Σχολείου)

Παρακαλώ όπως προβείτε στις δέουσες ενέργειες για την έγκριση, για το σχολικό έτος **2017-18**, για τον/την μαθητή/τρια του και της, γεννηθέντος, της τάξης του σχολείου σας :

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

ΕΙΔΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ	ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	Αρ. πρωτ.	Ημερομηνία
Υποστήριξη από Σχολικό Νοσηλεύτη			

Επισυνάπτω την ανωτέρω γνωμάτευση.

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....
(Ονοματεπώνυμο – Υπογραφή Γονέα/Κηδεμόνα)

