

Αριθμός Πρωτοκόλλου : .....

Ημερομηνία : .....

### ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ : ..... ΟΝΟΜΑ : .....

κάτοικος ..... οδός : ..... αριθμός : .....

Τ.Κ. : ..... τηλέφωνα : .....

### ΠΡΟΣ

Το 2<sup>ο</sup> Δημοτικό Σχολείο Λυκόβρυσης

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

