**ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣΗΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΕΒΠ)**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Π.Ε. ………………………………………………………………………….**

**ΣΧΟΛΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ……………………………………………………………………**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΧ. ΜΟΝΑΔΑΣ…………………………………………………………**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ………………………………………………………………………………..**

**EMAIL**:……………………………………………………………………………………….

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΙΔΙΚΟΥ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΕΒΠ)………………………………………………..**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΚΠ/ΚΟΥ ΤΑΞΗΣ**……………………………………………................

**Α. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ……………………………………………………………………………………………………**

**ΤΑΞΗ ΦΟΙΤΗΣΗΣ:……………………………………………………………**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ:………………………………………………………………….**

**ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΕΚΔΩΣΕΙ ΤΗΝ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ (πλήρη στοιχεία):**

**…………………………………………………………………………………………………….**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗΣ (πλήρη στοιχεία):**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**



**ΧΡΟΝΟΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΠΟ ΕΒΠ (1ος χρόνος, 2ος χρόνος, κτλ)………………………………………………………………………………………...**

**Β. ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ………………………………………………..**

**ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΙΑΙΩΣ………………………………………………..**

**ΗΜΕΡΕΣ ΚΑΙ ΩΡΕΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ**……………………………………………………...................

**ΕΡΓΑΣΙΜΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΤΕΣΤΗ ΔΥΝΑΤΗ Η ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ -ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….



**Περιγράψτε το βαθμό επίτευξης των στόχων τον/την μαθητή/μαθήτρια ως προς τις:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ** | **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΒΑΘΜΟΥ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΣΤΟΧΩΝ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |



|  |
| --- |
| **Προτείνετε** ή **όχι**, τη συνέχιση του προγράμματος υποστήριξης από Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό για τον/την μαθητή το επόμενο σχολικό έτος και γιατί; |
| **ΝΑΙ****ΟΧΙ** |  |
| **ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΑΣ (ΘΕΤΙΚΗ ή ΑΡΝΗΤΙΚΗ)** |  |

 **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:………………/2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ο/Η Διευθυντής – ντρια****Ο/Η Προϊστάμενος/μένη** | **Ο/Η Εκπαιδευτικός****της Τάξης** |  **Το Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό (ΕΒΠ)** |

