**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**

**1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**Γ.Ν.ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ**

**ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 2ΟΥ ΤΟΜΕΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ**

**ΣΥΝΤ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΙΩΝΝΑ ΚΑΖΑΝΗ**

**Δ/ΝΣΗ : Γ.ΑΡΓΥΡΗ & ΣΜΥΡΝΗΣ 2 , ΛΥΚΟΒΡΥΣΗ 14123**

**ΤΗΛ: 210-2816598, 210-2850632 FAX: 210-2830312**

**EMAIL :** **iknh@otenet.gr**

**ΑΙΤΗΣΗ**

Κο/κα (ονοματεπώνυμο γονέα )……………………………………………

Πατρώνυμο παιδιού…………………………………………………………………

Δ/νση κατοικίας ………………………..

Τόπος κατοικίας …………………………….

Ασ.Ταυτ……………………………………………

ΑΜΚΑ παιδιού……………………………………..

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ ……………………………………

TΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ σταθερό /κινητό …………………………………….

Εmail……………………………………………………………………………

**Παρακαλώ πολύ , αιτούμαι την ,**

α) Παιδοψυχιατρική ή Ψυχολογική αξιολόγηση του παιδιού μου …..………………………………………………………….....................για ……………………………………………………. χρήση.

β) Εργοθεραπευτική αξιολόγηση του παιδιού μου …..………………………………………………………….....................για ……………………………………………………. χρήση.

γ) Λογοπεδική αξιολόγηση του παιδιού μου …..………………………………………………………….....................για ……………………………………………………. χρήση.

δ) Παιδαγωγική αξιολόγηση ( επανάληψη νηπίου) του παιδιού μου …..…………………………………………………………..................... για ……………………………………………………. χρήση.

ε) Συμβουλευτική Γονέων

 ζ)Επαναξιολόγηση παιδιού ( συμπληρώστε το όνομα του θεραπευτή που επιθυμείτε ) …………………………………………………………………………………………………………………..

**O AIΤΩΝ/ΓΟΝΕΑΣ HMΕΡΟΜΗΝΙΑ**