



**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ ΚΕΝΤΡΟΥ Ξ.Γ. ή
ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΥ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ**

Όνοματεπώνυμο:

Διεύθυνση:

Τ.Κ. – Περιοχή:

Τηλέφωνα:

1. _____

2. _____

Θέμα:

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Συνημμένα υποβάλλω:

1. **Πρωτότυπη ή επικυρωμένη** ιατρική γνωμάτευση
2. **Μετάφραση** της ιατρικής γνωμάτευσης
3. Για τις περιπτώσεις **προβλήματος ακοής**, χρειάζεται να προσκομίσετε **ακουόγραμμα**, στο οποίο να φαίνεται το ποσοστό βαρηκοΐας και από τα 2 αυτιά.

Προς

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Π.Σ.Ι.Κ.Ξ.Γ.

Ακαδημίας 98-100, Αθήνα 106 77

Τηλ. 3830752, FAX 2117600080-2

Παρακαλώ για τ_____ παρακάτω υποψήφιο/α
στις εξετάσεις

- EUROPALSO**
- ESB**
- UCLAN**
- CAMBRIDGE Esol**

Όνομα: _____

Επίπεδο: _____

**Να ληφθεί η κατάλληλη μέριμνα, διότι
πάσχει από:**

- Ψυχολογικές & Μαθησιακές δυσκολίες
(Δυσλεξία, Δυσγραφία, κλπ.)
- Διαταραχές όρασης
- Τύφλωση
- Πρόβλημα Ακοής
- Κώφωση
- Επιληψία
- Τραύλισμα
- Διαβήτης
- Αυτισμός / Σύνδρομο Asperger
- Προσωρινή ανικανότητα (κάταγμα
βραχίονα)
- Κινητική Αναπηρία
- Άλλο _____

Αντιμετώπιση του προβλήματος:
