ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ

Αρ. Φακ.: 7.17.10/11
Αρ. Τηλ.: 22800800/803
Αρ. Φαξ: 22800802
E-mail: epimorfotika@schools.ac.cy

31 Οκτωβρίου 2018

Διευθυντές/Διευθύντριες
Δημοτικών Σχολείων

Α Ν Α Κ Ο Ι Ν Ω Σ Η

Θέμα: Πρόγραμμα Εκμάθησης της Ελληνικής Γλώσσας σε παιδιά επαναπατρισθέντων, παλιννοστούντων, καθώς και σε παιδιά με μεταναστευτική βιογραφία

Αναφορικά με το πιο πάνω θέμα, σας ενημερώνουμε ότι τα Επιμορφωτικά Κέντρα του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού διοργανώνουν κάθε χρόνο μαθήματα εκμάθησης της Ελληνικής Γλώσσας σε παιδιά επαναπατρισθέντων και παλιννοστούντων, καθώς και σε παιδιά με μεταναστευτική βιογραφία**.**

Τη φετινή σχολική χρονιά 2018-2019, θα προσφερθούν **δωρεάν** μαθήματα, εντός των σχολικών μονάδων σε απογευματινό χρόνο, για 90 λεπτά (μία φορά την εβδομάδα). Για τη συγκρότηση μιας ομάδας, ο αριθμός των παιδιών είναι από 5-11. Εάν εγγραφούν 12 ή περισσότερα παιδιά μπορεί να δημιουργηθεί επιπρόσθετη ομάδα. Οι μέρες διεξαγωγής των μαθημάτων θα αποφασιστούν στη συνέχεια από τη διεύθυνση του σχολείου, σε συνεννόηση με τους/τις εκπαιδευτές/τριες, με βάση τις μέρες που εξυπηρετούνται τα περισσότερα παιδιά. Στα σχολεία τα οποία λειτουργούν ως Ολοήμερα, τα μαθήματα θα αρχίζουν υποχρεωτικά στις 4:00μ.μ. ενώ στα υπόλοιπα σχολεία θα αρχίζουν στις 1:05μ.μ.

Τονίζεται ότι, μόλις σχολάσουν τα παιδιά, θα πρέπει απαραίτητα να βρίσκεται στο σχολείο ο/η εκπαιδευτικός, για να τα αναλάβει. **Σε καμία περίπτωση, για λόγους ασφάλειας, τα παιδιά δεν πρέπει να παραμένουν μόνα τους**. Παρακαλούνται, οι διευθύνσεις των σχολείων, να τονίσουν στους/στις εκπαιδευτές/τριες, ότι πρέπει να προσέρχονται έγκαιρα στο σχολείο για να παραλαμβάνουν την ομάδα τους και να αποχωρούν, αφού μεριμνήσουν ώστε και το τελευταίο παιδί να σχολάσει με ασφάλεια.

Παρακαλούμε, όπως αποστείλετε τη δήλωση ενδιαφέροντος που ακολουθεί στους γονείς των παιδιών των πιο πάνω ομάδων. Τονίζεται ότι, τα παιδιά πρέπει οπωσδήποτε να ανήκουν στις κατηγορίες, που αναφέρονται πιο πάνω και να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ελληνική γλώσσα. Στη συνέχεια, να αποστείλετε με τηλεομοιότυπο το **συγκεντρωτικό έντυπο** που ακολουθεί ορθά συμπληρωμένο στο Γραφείο Επιμορφωτικών Κέντρων της επαρχίας σας, **το αργότερο μέχρι και την Τετάρτη, 14 Νοεμβρίου 2018.**

ΕΠΑΡΧΙΑ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΤΗΛΕΟΜΟΙΟΤΥΠΟ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	22-800800/803	22-800802
ΛΕΜΕΣΟΣ	25-877524	25-306555
ΛΑΡΝΑΚΑ –ΑΜΜΟΧΩΣΤΟΣ	24-813264	24-304585
ΠΑΦΟΣ	26-804521	26-912163

Χρίστος Χατζηαθανασίου
Διευθυντής
Δημοτικής Εκπαίδευσης

ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΕΠΑΝΑΠΑΤΡΙΣΘΕΝΤΩΝ ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΟΥΝΤΩΝ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΣΧΟΛΕΙΟ: _____ΔΕΥΘΥΝΣΗ:_____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:_____

ΟΝΟΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ/ΤΡΙΑΣ: _____

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝ. ΣΕ ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΟ ΧΡΟΝΟ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ_____

ΟΛΟΗΜΕΡΟ ΣΧΟΛΕΙΟ: ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

Α/Α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ	ΤΑΞΗ	ΧΩΡΑ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ	ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΗΔΕΜΟΝΑ
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΣΧΟΛΕΙΟ _____

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΜΑΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΕΠΑΝΑΠΑΤΡΙΣΘΕΝΤΩΝ ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΟΥΝΤΩΝ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΓΡΑΦΙΑ

Εγώ ο/η _____ (ονοματεπώνυμο) , δηλώνω υπεύθυνα ότι, ενδιαφέρομαι όπως το παιδί μου _____ (ονοματεπώνυμο παιδιού) που φοιτά στην Α / Β / Γ /Δ / Ε / ΣΤ τάξη (κυκλώστε ανάλογα) να παρακολουθήσει το πιο πάνω πρόγραμμα.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΓΟΝΕΑ/ΚΗΔΕΜΟΝΑ: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΑ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:_____

ΑΠΟ ΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ
(σφραγίδα σχολείου)