

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ (Υ.Ψ.Υ.Π.Ε.)

ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΑΘΗΤΗ/ΜΑΘΗΤΡΙΑΣ

Προς
Προϊστάμενο/νη Υ.Ψ.Υ.Π.Ε.

Όνοματεπώνυμο Μαθητή/Μαθήτριας:

Σχολείο:

Τάξη/Τμήμα: Ημερομηνία:.....

Ο/Η πιο πάνω μαθητής/μαθήτρια παρουσιάζει υποψία επικινδυνότητας (αυτοκτονικός ιδεασμός, απόπειρα αυτοκτονίας αυτοκαταστροφικές πράξεις) για τον εαυτό του/της, σύμφωνα με στοιχεία που ήρθαν πολύ πρόσφατα στην κατοχή του/της Καθηγητή/Καθηγήτριας Σ.Ε.Α. Ο/Η Καθηγητής/Καθηγήτρια Σ.Ε.Α. ενημέρωσε άμεσα (.....ημερομ.) τον/την οικείο/α Εκπαιδευτικό/ή Ψυχολόγο και η συγκεκριμένη παραπομπή γίνεται σε συνεργασία μαζί του/της.

Ως συνέχεια της πιο πάνω διαδικασίας, οι γονείς/κηδεμόνες έχουν ενημερωθεί ότι κρίνεται απαραίτητη η παραπομπή του/της συγκεκριμένου μαθητή/μαθήτριας για την άμεση διαχείριση τής πιο πάνω επικινδυνότητάς του/της στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Υ.Ψ.Υ.Π.Ε.).

Σημειώνεται ότι ο/η Καθηγητής/τρια Σ.Ε.Α. έχει ενημερώσει τους γονείς/κηδεμόνες ότι, για να ενεργοποιηθεί η συγκεκριμένη παραπομπή και να λάβει το παιδί άμεση βοήθεια, θα πρέπει οι ίδιοι να επικοινωνήσουν με τις Υ.Ψ.Υ.Π.Ε. για διευθέτηση συνάντησης.

Παράλληλα, η πιο πάνω περίπτωση θα παραπεμφθεί και στην Υ.Ε.Ψ. μέσω του Εντύπου 2 του *Μηχανισμού Εντοπισμού και Στήριξης*, όταν ο/η μαθητής/μαθήτρια παρουσιάζει δυσκολίες στον χώρο του σχολείου.

Όνοματεπώνυμο Καθηγητή/Καθηγήτριας Σ.Ε.Α:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο Διευθυντή/τριας:.....

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο πατέρα/κηδεμόνα:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο μητέρας/κηδεμόνα:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Υπογραφή: