

אישור חדרת מלוות אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל

הצמרת האחות או הרופא/ה חמדריך/ח

חריני לאשר כי מר/גבי _____

ת.ו.מטי דרכון _____

נחלחת חדרת לביצוע פעולות טיפוליות

עכרה כתאריך _____

ת.ו. _____

נתלמיד/ח _____

ואך ורק למטופל זה.

הפעולות עלותן חודר/כח ונבחנה/ח הן:

שם האחות/ה רופא/ה חמדריך/ח	תפקיד	חתימה
----------------------------	-------	-------

✓ אישור זה הוא אישי ואין לחשתמש בו לטיפול במטופל אחר מלבד זה ששמו מצוין לעיל.

✓ אישור זה בר תוקף לשנת הלימודים תש"____. המסתיימת בקיץ שנת _____ 20.

החדרת נוצעה בהתאם ל:

1. חוזר חמנחל הכללי של משרד הבריאות 48/09, "מתן אישור למלוות אישי לביצוע פעולות טיפוליות - תיקון"
2. חוזר חמנחל הכללי של משרד הבריאות 11/11, "מלוות אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל"

הצמרת חמדריך/ת

חריני לאשר כי הודרתי לבצע הפעולות המפורטות לעיל עבור התלמיד/ה

שם המלוות האישי	חתימה	תאריך
-----------------	-------	-------

מקור:
העתקים:
חמלוות האישי
רשות מקומית/מחלקת החינוך
חורי התלמיד
מרפאח מקצועית מטפלת

חשבת הורח/אפוטרופוס להעסקת מלווח אישי לתלמיד
עם צרכים רפואיים ייחודיים

אני הח"מ, מר/גב' _____ ת.ז. _____

חורח/אפוטרופוס של התלמיד _____ ת.ז. _____
מאשר בחתימתי וצילום _____

מר/גב' _____ ת.ז./דרכון _____

ישמש/תשמש כמלווח אישי/אישית בשנת הלימודים _____ לבני/ביתי חנייל בעלת
הצרכים הרפואיים הייחודיים בעת שחותו במוסד חינוכי בחינוך הרגיל, בכפוף לקבלת החדרכה
המתאימה במסגרת הרפואית המטפלת.

שם	חתימה	תאריך
_____	_____	_____
נחתם בפני	תפקיד	
_____	_____	

העתקים:
 הרשות המקומית/מח' חינוך/תיק תלמיד
 הורי התלמיד
 מרפאה מקצועית
 מלווח האישי