



בקשה למלווה רפואי לתלמידים בחינוך הרגיל לשנת הלימודים תשפ"א

טופס להורים

תאריך ההגשה:

מגיש הבקשה: הורה מסגרת לימודים

א. פרטי העירייה / רשות:

שם העירייה / הרשות המקומית:

ב. פרטים על התלמיד/ה:

<input type="text"/>	שם פרטי:	<input type="text"/>	שם משפחה:
<input type="text"/>	טלפון:	<input type="text"/>	כתובת:
<input type="text"/>	נייד:	<input type="text"/>	תעודת זהות:
		<input type="text"/>	תאריך לידה:

סוג פניה: פניה חדשה חידוש פניה ערעור

מס' שעות סיוע יומי שאושרו בשנה הקודמת:

סטטוס התלמיד: תלמיד בחינוך הרגיל תלמיד שילוב בכיתה רגילה

ג. פירוט הפעולות הטיפוליות לו הוא זקוק בשעות הלימודים על פי חוות הדעת הרפואית:

- מתן חמצן
- שאיבת הפרשות דרך טרכוסטום
- צנתור שלפוחית השתן
- הזנה באמצעות זונדה או גסטרוסטום
- ניטור רמת סוכר בדם והזרקת אינסולין
- השגחה למניעת מצבי סיכון חיים מידי
- אחר

ד. פרטים על המסגרת החינוכית:

יישוב המוסד:

שם המוסד: סמל המוסד: כתה:

במוסד קיימת תכנית יוח"א מיל"ת ציל"ה אף אחת מן האפשרויות

ה. טפסים נילווים:

עו"ס / פסיכולוג אישור רפואי