



## בקשה למלווה רפואי לתלמידים בחינוך הרגיל לשנת הלימודים תשפ"ב

### טופס להורים

תאריך ההגשה:

מגיש הבקשה:  הורה  מסגרת לימודים

#### א. פרטים על התלמיד/ה:

שם משפחה:  שם פרטי:   
 כתובת:  טלפון:   
 תעודת זהות:  נייד:   
 תאריך לידה:  לומד בכיתה:   
 סוג פניה:  פניה חדשה  חידוש פניה  
 מס' שעות סיוע יומי שאושרו בשנה הקודמת:   
 סטטוס התלמיד:  תלמיד בחינוך הרגיל  תלמיד שילוב בכיתה רגילה

#### ב. הטיפול הנדרש:

המצב הרפואי:  סכרת / אפילפסיה / אלרגיה וכו'

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

#### ג. פרטים על המסגרת החינוכית בה ילמד הילד בשנת הלימודים תשפ"ב:

שם המוסד:  סמל המוסד:  כתה:

#### ד. טפסים נילווים:

אישור רפואי מרופא מומחה בתחום.  האם האישור בתוקף עד חצי שנה?