

**הסכמת הורה/אפוטרופוס להעסקת מלווה אישי לתלמיד
עם צרכים רפואיים ייחודיים**

אני הח"מ, מר/גב' _____ ת.ז. _____

ההורה/האפוטרופוס של התלמיד _____ ת.ז. _____
מאשר בחתימתי כי אני מסכים

שמר/גב' _____ ת.ז./דרכון _____
ישמש/תשמש כמלווה אישי/אישית בשנת הלימודים _____ לבני/ביתי הנ"ל בעלת
הצרכים הרפואיים הייחודיים בעת שהותו במוסד חינוכי בחינוך הרגיל, בכפוף לקבלת ההדרכה
המתאימה במסגרת הרפואית המטפלת.

שם	חתימה	תאריך
----	-------	-------

נחתם בפני _____ תפקיד _____

העתיקים:
הרשות המקומית/מח' חינוך/תיק תלמיד
הורי התלמיד
מרפאה מקצועית
המלווה האישי