

אישור הדרכת מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל

הצהרת האחות או הרופאה המדריך/ה:

הריני לאשר כי מר/גב' _____
 ת.ז./מס' דרכון _____
 עברה בתאריך _____ בהצלחה הדרכה לביצוע פעולות טיפוליות
 בתלמיד/ה _____ ת.ז. _____
 ואך ורק למטופל זה.

הפעולות עליהן הודרכה ונבחנה הן:

שם האחות/הרופאה המדריך/ה _____ תפקיד _____ חתימה _____

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

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

ההדרכה בוצעה בהתאם ל:

1. חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 48/09: "מתן אישור למלווה אישי לביצוע פעולות

טיפוליות- תיקון"

2. חוזר המנהל הכללי של משרד הבריאות 11/13: "מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים

ייחודיים בחינוך הרגיל"

הצהרת המודרך/ת

הריני לאשר כי הודרכתי לבצע הפעולות המפורטות לעיל עבור התלמיד/ה

שם המלווה האישי _____ חתימה _____ תאריך _____

מקור: המלווה האישי
 העתקים: רשות מקומית/מחלקת החינוך
 הורי התלמיד
 מרפאה מקצועית מטפלת

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 בעל/ת
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