

חומר רגיש

"מכיל מידע מוגן לפי חוק
הגנת הפרטיות- המוסר שלא
כדין עובר עבירה"



טופס בקשה לשירותי חינוך לילדים חולים בביתם

אנא הקפידו למלא את כל הפרטים בכתב ברור.

- חובה לצרף אישור רפואי עדכני מרופא מומחה ובו תצויין במפורש:
 - מהות המחלה
 - הנחייה לשהייה בבית
 - משך היעדרות מהמסגרת החינוכית בהסתמך על האישור הרפואי
- במקרה וההיעדרות הינה על רקע נפשי, חובה לצרף אישור פסיכיאטר בהתאם לקריטריונים שצוינו.

את הפניה יש להעביר ל"קדימה מדע" באמצעות פקס 03-9244493 או
סרוק לדוא"ל info@wokm.org מס' טל מוקד שלבים: 1-800-071-170

שם התלמיד/ה _____ ת.ז. _____

כתובת התלמיד/ה _____

תאריך לידה _____ מס' טל בבית התלמיד _____

שם האב _____ מס' טל נייד _____ שם האם _____ מס' טל נייד _____

כתובת דוא"ל הורים (חובה) _____ @ _____

פרטי ביה"ס/הגן:

שם ביה"ס/הגן _____ סמל מוסד _____ דרגת כיתה _____

ישוב _____ מתי"א _____

מס' טל' _____ פקס _____

איש המקצוע במסגרת החינוכית המרכז את הטיפול בתלמיד:

1) שם _____ תפקיד _____ טל. סלולרי _____

כתובת דוא"ל (חובה) _____ @ _____

2) שם _____ תפקיד _____ טל. סלולרי _____

כתובת דוא"ל (חובה) _____ @ _____

תאריך תחילת ההיעדרות מהמסגרת החינוכית: _____

סיבת ההיעדרות: _____

מקצועות הלימוד הנדרשים ע"פ סדר עדיפות בהתחשב בכך, ששעות הלימוד הינן 4-8 שעות שבועיות בלבד:

1. _____ 3. _____

2. _____

חומר רגיש

"מכיל מידע מוגן לפי חוק
הגנת הפרטיות- המוסר שלא
כדין עובר עבירה"



תואר התלמיד מבחינה לימודית: _____

האם יש לתלמיד מחשב בבית? כן / לא האם התלמיד מתאים ויכול להשתתף בלמידה מרחוק? כן / לא

חלק זה יש למלא במידה והתלמיד עבר ועדה מתוקף חוק (ועדת שילוב- תלמיד דיפרנציאלי בלבד או ועדת השמה)

סיווג מסגרת החינוך של התלמיד (אנא סמנו ב-✓ את סוג המסגרת):

- זכאות עפ"י ועדת שילוב איפיון דיפרנציאלי, יש להוסיף איפיון חריגות _____
- כיתה לחינוך מיוחד בביה"ס רגיל (יש לציין את סוג הכתה: ל"ל, נפשיות, תקשורת וכ"ו) _____
- ביה"ס לחינוך מיוחד יש להוסיף איפיון חריגות _____

שירותים נוספים אותם קיבל התלמיד באופן פרטני, על פי תכנית לימודים אישית (תל"א, תח"י) שנכתבה במסגרת החינוכית. חובה לצרף טופס תל"א.

סוג השירות	מס' ש"ש (או חלק משעה)	פרטני / קבוצתי	שם המטפל + מס' טלפון	הערות
סייעת אישית				
קלינאית תקשורת				
ריפוי בעיסוק				
טיפול רגשי				
פיזיותרפיה				
אחר				

סה"כ שעות מערכת שבועית של התלמיד במסגרת החינוכית: _____

הערות

תאריך

חתימה

שם מנהל/ת המסגרת

תאריך

חתימה

שם ההורה החותם