

**אישור הדרכת מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל**

הריני לאשר כי מר / גב' \_\_\_\_\_

ת.ז. / דרכון \_\_\_\_\_

עברה בתאריך \_\_\_\_\_ בהצלחה הדרכה לביצוע פעולות טיפוליות

בתלמיד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

**הפעולות עליהן הודרכה ונבחנה הן:**

---

---

---

---

שם האח/ות רופא/ה מדריך/כה : \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

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

✓ אישור זה בר תוקף לשנת הלימודים תש"\_\_\_\_\_ המסתיימת בייץ 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 11/14: "מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים

ייחודיים בחינוך הרגיל"

**הצהרת המודרך**

הנני לאשר כי הודרכתי לבצע הפעולות המפורטות לעיל עבור התלמוד

שם המלווה האישי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**מקור:** המלווה האישי

**העתיקים:**

הרשות המקומית / מחלקת חינוך

הורי התלמיד

מרפאה מקצועית מטפלת