

**הסכמת הורה / אפוטרופוס להעסקת מלווה אישי**

**לתלמיד עם צרכים רפואיים יחודיים**

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 בשנת הלימודים \_\_\_\_\_ לבני / ביתי הנ"ל בעלת הצרכים הרפואיים הייחודיים בעת שהותו במוסד החינוכי בחינוך הרגיל, בכפוף לקבלת ההדרכה המתאימה במסגרת הרפואית המטפלת.

שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

נחתם בפני: \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

**העתקים:**

הרשות המקומית

הורי התלמיד

מרפאה מקצועי

המלווה האישי