

אישור הדרכת מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל

הצהרת האח/ות או הרופא/ה 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 האח/ות הרופא/ה 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