

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 בעלת 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