

**בקשה למלווה אישי/ת לתלמיד/ה
למטרות טיפול או השגחה**

תאריך _____

◀ פרטי התלמיד/ה

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה
כתובת		שם ההורה	
טלפון נייד		דואר אלקטרוני	

◀ התלמיד/ה משובץ/ת:

במסגרת חינוך רגיל במסגרת שילוב בכיתה רגילה אחר (פרטי): _____

◀ פרטי המסגרת החינוכית:

בית ספר גן חובה טרום חובה גן ט.טרום חובה

שם המסגרת	סמל המוסד	כתובת המסגרת
-----------	-----------	--------------

האם חלה חובת יום לימודים ארוך על המסגרת החינוכית בה לומד/ת: כן לא
 האם לומד/ת גם בצהרון? כן לא

◀ פירוט הפעולות הטיפוליות הנדרשות בשעות הלימודים על פי חוות הדעת הרפואית:

האכלה בגסטרוסטומיה צנתור שלפוחית השתן
 סקשן ומתן חמצן ניטור רמת סוכר בדם והזרקת אינסולין
 טיפול סטומה השגחה למניעת מצבי סיכון
 טיפול אחר _____

פירוט הסיוע הנדרש: _____

האם המסמכים המצורפים בתוקף של החצי שנה האחרונה? כן לא

מידע נוסף שחשוב לכם לציין:

בקשות לתלמידי גן יש לשלוח למחלקה לגני ילדים:

דוא"ל gilor_1@mail.tel-aviv.gov.il

טלפון 03-7241377, פקס 03-7242778

מסירה ידנית בימים א' - ה', בשעות 08:00 - 14:00, בבניין העירייה, רח' אבן גבירול 69, קומה 2, חדר 232

בקשות לתלמידי בית ספר יש לשלוח למחלקה לחינוך מיוחד:

דוא"ל rubinov_o@mail.tel-aviv.gov.il

טלפון 03-7248489, פקס 03-7241918

מסירה ידנית בימים א'-ה' עד שעה 14:00 ברח' בלפור 14, קומה 2