

בקשה למלווה רפואי לתלמידים בחינוך הרגיל לשנת הלימודים תשפ"ז

טופס להורים

תאריך ההגשה:

מגיש הבקשה: הורה מסגרת לימודים

א. פרטים על התלמיד/ה:

שם משפחה: שם פרטי:

תעודת זהות: תאריך לידה:

תשפ"ו לומד בכתה: כתובת:

נייד 1: נייד 2:

מייל 1: מייל 2:

סוג פניה: פניה חדשה חידוש פניה

תחילת העסקה בשנה הקודמת:

סטטוס התלמיד: תלמיד בחינוך הרגיל תלמיד שילוב בכיתה רגילה

ב. הטיפול הנדרש:

המצב הרפואי: סכרת / אפילפסיה / אלרגיה וכו'

במקרה של אלרגיה יש לציין לאיזה מוצרי מזון הילד/ה אלרגית:

פירוט הפעולות הטיפוליות לו הוא זקוק בשעות הלימודים על פי חוות הדעת הרפואית:

מתן חמצן

שאיבת הפרשות דרך טרכוסטום

צנתור שלפוחית השתן

הזנה באמצעות זונדה או גסטרוסטום

ניטור רמת סוכר בדם והזרקת אינסולין

השגחה למניעת מצבי סיכון חיים מידי

אחר

ג. פרטים על המסגרת החינוכית בה ילמד הילד בשנת הלימודים תשפ"ז:

שם המוסד: סמל המוסד: כתה:

ד. טפסים נילווים:

אישור רפואי מרופא מומחה בתחום. האם האישור בתוקף עד חצי שנה?