

**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/ה בתאריך \_\_\_\_\_ בהצלחה הדרכה לביצוע פעולות טיפוליות  
 בתלמיד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 ואך ורק למטופל זה.

**הפעולות עליהן הודרכה/ה ונבחנה/ה 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:**  
**העתיקים:**  
 המלווה האישי  
 רשות מקומית/מחלקת החינוך  
 הורי התלמיד  
 מרפאה מקצועית מטפלת