

**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 \_\_\_\_\_

**העתקים:**  
הרשות המקומית/מח' חינוך/תיק תלמיד  
הורי התלמיד  
מרפאה מקצועית  
המלווה האישי