

**טופס בקשה לסייעת רפואית**

**פרטי התלמיד**

| שם משפחה | שם הילד | ת"ז | תאריך לידה לועזי | תאריך לידה עברי |
|----------|---------|-----|------------------|-----------------|
|          |         |     |                  |                 |

**פרטי ההורים**

| שם פרטי | טלפון בבית | טלפון נייד | טלפון נוסף לחירום | כתובת מייל |
|---------|------------|------------|-------------------|------------|
|         |            |            |                   |            |

**פרטי המסגרת החינוכית**

| שם המסגרת/שם הבעלות | סמל המוסד - משרד החינוך | טלפון משרד | איש קשר במסגרת | טלפון נייד |
|---------------------|-------------------------|------------|----------------|------------|
|                     |                         |            |                |            |

**נא למלא את הטופס הנ"ל בכתב ברור וקריא ולצרף את המסמכים הרלוונטיים!**

דרגת הכיתה: \_\_\_\_\_

**האחריות על ההורים לעדכן בכל שינוי במסגרת או סמל המוסד.**

אישור הסיוע הינו לצורך: (סמן ✓ בריבוע המתאים)

האכלה בגסטרוסטומיה  צנתור שלפוחית השתן  בצוע סאקשן ומתן חמצן

ניטור רמות סוכר בדם והזרקות אינסולין  טיפול בסטומה  השגחה למניעת מצבי סיכון

אחר: \_\_\_\_\_

תאריך מילוי הטופס \_\_\_\_\_ חתימת ההורה \_\_\_\_\_

ליאת לוי- רכזת סיעות מנח"ח

טל: 02-6297947

פקס: 6296778 יש לוודא שהמסמך הגיע

lvliat2@jerusalem.muni.il

**למילוי המשרד -**

מסר לידי \_\_\_\_\_ הוגש בתאריך \_\_\_\_\_ חתימת \_\_\_\_\_

המסמכים הרפואיים מצורפים ותקינים.

הבקשה אושרה ע"י משרד החינוך \_\_\_\_\_

מס' שעות שבועיות שאושרו \_\_\_\_\_