

**אישור הדרכת מלווה אישי לתלמיד עם צרכים רפואיים ייחודיים בחינוך הרגיל**

**הצהרת האח/ות או הרופא/ה המדריך/ה:**

הריני לאשר כי מר/גבי \_\_\_\_\_  
 ת.ז./מס' דרכון \_\_\_\_\_  
 עברה בתאריך \_\_\_\_\_ בהצלחה הדרכה לביצוע פעולות טיפוליות  
 בתלמיד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 ואך ורק למטופל זה.

**הפעולות עליהן הודרכ/ה ונבחנ/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:** המלווה האישי

**העתיקים:** רשות מקומית/מחלקת החינוך

הורי התלמיד

מרפאה מקצועית מטפלת