



טופס דיווח ואישור על שעות הוראה, סיוע וטיפול שניתנו בפועל לתלמיד חולה הלומד בביתו

עבור חודש _____ שנה _____

פרטי התלמיד/ה החולה - שם התלמיד/ה: _____ ת"ז: _____ כתובת: _____

פרטי הורי התלמיד/ה החולה - שם ההורה: _____ ת"ז: _____ שם ההורה: _____ ת"ז: _____

פרטי איש הצוות החינוכי - שם מלא: _____ ת"ז: _____

סמנו V באפשרות המתאימה עבורכם: מורה סייעת חינוכית מטפלת

אם את/ה מועסקת במוסד חינוכי רשמי/בעלות נא לציין את סמל המוסד החינוכי בו את/ה מועסקת: _____

אנו מאשרים ומצהירים בזאת כי התלמיד הנ"ל קיבל את שעות ההוראה, הסיוע והטיפול במועדים הבאים:

תאריך	מספר שעות במפגש	שעת התחלה	שעת סיום	הערות	חתימת הורה/בגיר על קיום המפגש

סה"כ מפגשים לחודש: _____

סה"כ שעות הוראה/סיוע לחודש: _____

פרטים אודות ביטול שיעור באותו היום בו אמור היה להתקיים השיעור בשל מצבו הבריאותי של התלמיד:

תאריך	שעות שיעור	חתימת ההורה

* אם בוטל מפגש עם התלמיד/ה מטעם עובד ההוראה או מטעם ההורים- ניתן יהיה להשלים את המפגש בתיאום מראש עם הורי התלמיד/ה באותו החודש.

חתימת איש הצוות החינוכי: _____ תאריך: _____