

מדינת ישראל
משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך מיוחד

נספח 9:

תאריך _____

לכבוד
מפקח החינוך המיוחד _____
מחוז _____

שלום רב,

בקשה לשעות תמיכה לתלמידים חולים, שנת הלימודים התשע"ט

שם התלמיד: _____ מס' זהות: _____
שם ביה"ס וכתובתו: _____
מס' הטלפון בביה"ס (כולל קידומת): _____ דרגת הכיתה: _____
סמל ביה"ס: _____ קוד סוג הכיתה: _____ קוד סוג המוסד: _____
שם הבעלות של ביה"ס: _____ סמל המוטב: _____
נא לסמן בהתאם:

- תלמידים הנעדרים בגין מחלתם מעל 21 ימי לימוד בשנה הנוכחית
 תלמידים שהיעדרותם אינה רציפה ואינה פחותה מ-30 ימי לימוד בשנה הנוכחית
הסיבה להפנייה ל"שעות חולים": _____

תכנית תמיכה אחרת הניתנת ממשאבי המסגרת (שעות פרטניות, שעות תגבור.....): _____

מקצעות הלימוד שהסיוע נדרש בהם: _____

מספר השעות המבוקשות: _____ לתקופה: מ _____ עד _____

המסמכים המצ"ב

- אישור רפואי עדכני
 הסכמת ההורים
 חוות דעת של מומחה תחום מתי"א
 אישור הקף ההיעדרות מתוך דוח מנבסני"ט של המסגרת החינוכית

שם מנהל בית הספר

חתימת מנהל בית הספר וחותמת ביה"ס

תאריך

שם וחתימת של מפקח המסגרת החינוכית