

יש לרשום בטבלה את כל הילדים שיקבלו סל שילוב בשנת הלימודי הבאה *

ריכוז בקשות לתמיכה לילדי שילוב לשנת הלימודים

בית ספר:

שם התלמיד	יעלה לכיתה	סוג אבחון	תאריך אבחון	תאריך ועדת שילוב	לקות	חדש/ממשיך	הוראה מתקנת בבית הספר ותחום/נושא	קלינאית תקשורת	ריפוי בעיסוק	טיפול רגשי (דרמה, אומנות, מוסיקה, פסיכו דרמה)	כישורים חברתיים	ניתוח התנהגות	אסט' למידה לתלמידי כה ו'	הוראה מתקנת חט"ב	אבחון דידיקטי	שעות סיוע משרד החינוך (סיעות)	הערות	למילוי במת"י - החלטה	מס'
																			1
																			2
																			3
																			4
																			5
																			6
																			7
																			8
																			9

ילד שילוב זכאי ל-3 שעות מינימום מורת שילוב.

הפנייה לטיפול רגשי במקרים של תלמידים עם קשיים משמעותיים.

טיפולים פארארפואיים נוספים ניתנים רק לתלמידים דיפרנציאליים.

יש לרשום חדש / ממשיך בכל אחד מהתחומים שהילד מופנה לקבלת תמיכה.

לתלמידים חדשים יש לצרף טופס הפניה לטיפול מתאים.

להזכרכם: ניתן לכלול בסל שילוב רק 5.4% מכלל תלמידי בית הספר.

חתימת המדריכה הבית סיפרית מטעם מת"י: _____

1