

תכנון הנגשות וחוות דעת מקצועיות לתלמיד עם מוגבלות

שם התלמיד/ה	ת.ז.	תאריך לידה	קוד אפיון חריגות התלמיד	ש"ש סיוע בשגרה (במידה ויידרש)

שם בית הספר	סמל מוסד	שם איש הקשר / רכז טיולים	טלפון	כתובת דוא"ל	תאריך ועדה בין מקצועית	תאריך הפעילות	סוג הפעילות	מספר הפעילות לתלמיד

סמן ✓ להנגשה נדרשת	סוג ההנגשה המבוקש	תיאור הצורך בהנגשה זו בשל מוגבלות התלמיד	חוות הדעת הנדרשת לצורך אישור ההנגשה	שם מלא של המומחה ומקצועו	חתימה
	אוטובוס מונגש		מומחה תחום לקות/ פיזיותרפיסט ו/או מרפאה בעיסוק		
	*נגישון / גילגולון *אישור רופא מצורף- נספח 6		מומחה תחום לקות/ פיזיותרפיסט ו/או מרפאה בעיסוק		
	תקצוב לינה וכלכלה למלווה אישי לתלמיד במקרים שבהם הטיול/ הפעילות כוללת לינה		תלמידים עם מוגבלות אשר זכאים לסייעות/ בשגרת הלימודים, לתלמידים עם מוגבלות אשר אושר להם ליווי לפעילות/ טיול, סיוע תגבור בכיתת חינוך מיוחד עבור הפעילות.		
	מלווה אישי		יש להגיש את הבקשה בצירוף – חו"ד של מומחה תחום לקות / פיזיותרפיסט ו/או מרפאה בעיסוק. עבור תלמידים עם מוגבלות קבועה או זמנית ללא תמיכה מסוג סייעות/ בשגרה , ההנגשה הנה עבור תלמידים: מוגבלות פיזית, עיוורון/ לקות ראייה, הפרעות נפשיות, מוגבלות שכלית התפתחותית קל- בינוני- קשה וסיעודי, אוטיזם, תסמונות, מחלות נדירות, או מצב בריאותי אחר שבגיניו התלמיד זקוק לאחת מההנגשות המפורטות.		

אישור ההורים : הורה : שם _____ חתימה : _____ תאריך : _____

הורה : שם _____ חתימה : _____ תאריך : _____

שם מנהל בית הספר : _____ חתימת המנהל : _____ תאריך : _____
 במידה ובית הספר מנוהל ע"י עמותה / חברה עסקית רשום את שם העמותה / החברה _____

מספר ע"ר / ח.פ. _____

נספח 4

אישור מפקח¹

שם בית הספר: _____ סמל המוסד: _____ שנה"ל: _____

הריני לאשר את ההנגשות אשר הומלצו בישיבת צוות בין מקצועי לתלמידי בית הספר המפורטות להלן.

מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות. כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות. כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות. כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות. כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות. כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות. כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות. כיתה	סוג ההנגשה
														אוטובוס מונגש שם התלמיד
														נגישון / גילגולון
														סיוע בתשלום לינה וכלכלה עבור מלווה
														מלווה אישי אין השתתפות משרד החינוך במימון המלווה – באחריות הבעלות / הרשות

החתימה: _____ שם מפקח בית הספר: _____ התאריך: _____

¹ יש לצרף נספח זה למסמכים אשר נשלחים לרכז במחוז. נספח זה מהווה תנאי הכרחי לאישור בקשות בית הספר

אישור רפואי עבור תלמיד עם מוגבלות פיזית

אישור רופא לפעילות באמצעות נגישון / גילגולון עבור תלמיד נישא

(בהתאם לנוהל נגישון חלק 3 ב' - אישורים)

א.נ./ג.נ.;

התלמיד שם _____ ת"ז _____ שנת לידה _____ אמור/ה להשתתף בטיול/פעילות חוץ
בית ספרית (לפרט) _____ בתאריך _____
למשך _____ ימים .

אבחנה : שם האבחנה _____

[לתלמיד עם CP : GMFCS _____ MACS _____ CFCS _____]

לשם ניידות בשטח לא בנוי התלמיד צריך להתנייד באמצעות "נגישון / גילגולון" לאורך כל המסלול/חלק מהמסלול,
משך זמן ישיבה רצופה מוערך _____ דקות/שעות.

"נגישון / גילגולון", הינו אמצעי ניידות מותאם לשטח, המאפשר ישיבה עם תמיכות מינימאליות לגופו בעת הנשיאה.

מידע פיזי נוסף : משקל התלמיד _____ ק"ג גובה התלמיד _____

שליטת גב : _____ שליטת ראש : _____

מבחינה רפואית ועל סמך היכרותי המקצועית עם מצבו הבריאותי והרפואי של התלמיד הנ"ל _____ הפעילות
תואמת את יכולות התלמיד ואת מצבו הבריאותי ואין כל מניעה רפואית להשתתפותו בפעילות/ טיול.

שם הרופא _____

התמחות _____

חתימה וחותמת הרופא _____

אישור ההורים

הנני מאשר לבני/ביתי _____ לצאת לפעילות חוץ בית ספרית ולהתנייד באמצעות "נגישון / גילגולון"

שם ההורה _____ חתימת ההורה _____

שם ההורה _____ חתימת ההורה _____