

טופס הפניה למוסד הלימודים

לקורס טיפול במרחב החינוכי

ישלח על ידי הנרשם אל מוסד הלימודים אליו התקבל

שם משפחה: שם פרטי: מספר ת.ז: מקצוע:

1. למילוי ע"י מנהל/ת מתי"א או בי"ס לחינוך מיוחד וע"י המפקח לחינוך מיוחד לעובדים בחטיבה עליונה (ומועסקים ע"י בעלויות)

הנ"ל עומד/ת בכל תנאי ההעסקה במערכת החינוך ויש בידיה/ו

○ תואר אקדמי מוכר ומאושר ע"י המועצה להשכלה גבוהה או תואר מחו"ל המאושר ע"י משרד החינוך בתחום של מקצועות הבריאות

○ תעודת מקצוע ממשרד הבריאות - למטפלים ממקצועות הבריאות – פיזיותרפיה/ קלינאות תקשורת/ ריפוי בעיסוק

○ תואר שני בתחום הטיפול באמנויות (עפ"י המחון) /תואר ראשון ותעודת טיפול באמצעות אמנויות – למטפלים באמצעות אומנויות

○ ותק של שנה אחת לפחות במערכת החינוך (תאריך תחילת העבודה: (

המלצת מנהל/ת מתי"א או בי"ס לחינוך מיוחד

מאושר שיבוץ לשנה"ל בה יתקיים הקורס (לפחות בשליש משרה)

שם המנהל/ת: שם מתי"א/ביה"ס: סמל מוסד:

חתימת המנהל/ת: תאריך:

למילוי ע"י המפקח לחינוך מיוחד

מאושר/ת ללמוד בשנת הלימודים: בקורס טיפול במרחב החינוכי

שם המפקח/ת לחינוך מיוחד:

חתימת המפקח/ת: תאריך: