

מדינת ישראל

משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף א' חינוך מיוחד

אישור סיום קורס טיפול במרחב החינוכי (קורס התאמה)

למטפלים ממקצועות הבריאות וטיפול באמצעות אומנויות

הקורס נערך בשנת הלימודים:

שם:

ת.ז.:

מקצוע: יש לסמן את המקצוע המתאים

פיזיותרפיה

קלינאות תקשורת

ריפוי בעיסוק

טיפול באמצעות אומנויות

סיום הקורס בציון:

אחוז ההשתתפות בקורס:

במקרה של חופשת לידה/מילואים, יש לצרף מסמך רשמי.

שם מוסד הלימודים:

שם רכז/ת הקורס: חתימה:

שם ראש ב"ס ללימודי המשך: חתימה:

חותמת מוסד הלימודים:

תאריך: