

אספקת שירותים רפואיים לתלמידים במסגרת החינוך המיוחד  
הפרויקט מבוצע ע"י ביקורופא ע"פ מכרז מס' 10/7.2020  
הפרויקט מבוצע עבור האגף לחינוך מיוחד, משרד החינוך

א.ג.ג.

תאריך: \_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: טופס מס' 5 – בקשת הורים למתן טיפול תרופתי במסגרת החינוך המיוחד**

| פרטים אישיים |          |            |
|--------------|----------|------------|
| שם ושם משפחה | מס' ת.ז. | תאריך לידה |
|              |          |            |

| שם מלא של ההורה | מס' ת.ז. של ההורה |
|-----------------|-------------------|
| 1.              |                   |
| 2.              |                   |

אנו, הורי הילד/ה הנ"ל מבקשים לתת את התרופות שלהלן בידיעתנו, באחריותנו ובהתאם להוראות הרופא המטפל (מצ"ב אישור רפואי עדכני בהתאם):

| שם התרופה | מינון | דרך מתן | סיבת מתן / אבחנה |
|-----------|-------|---------|------------------|
|           |       |         |                  |
|           |       |         |                  |
|           |       |         |                  |
|           |       |         |                  |

**הערה:**

באחריות ההורים להודיע למסגרת החינוכית על כל שינוי במצב הבריאות / תופעות לוואי שנגרמו כתוצאה ממתן התרופה או 1/ בהנחיה הרפואית.  
יש לספק למסגרת החינוכית את התרופות כשהן סגורות באריזתן המקורית וכוללות (במידת הצורך) את הציוד הנלווה הנדרש למתן התרופה.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_