

טופס 7 א' - טופס בקשה לאישור התאמות נגישות פרטנית מסוג טיולים ופעילויות חוץ מוסדית לשנת הלימודים:

תאריך: _____

לכבוד: הממונה המקצועי על יישום החוק (לפי העניין): רכז הנגישות במתי"א / מומחה תחום מוגבלויות פיזיות/ מומחה תחום במתי"א/ מומחה תחום לקויי ראייה/ מנהל המרכז הטיפולי-חינוכי המחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים / מדריך מחוז חרדי/ א.נ.ג.נ.,

הנדון: טופס בקשה לאישור התאמות נגישות פרטנית מסוג טיולים ופעילויות חוץ מוסדיות

שם התלמיד: _____ ת.ז. התלמיד: _____ תאריך לידה: _____
 כיתה: _____ שם מסגרת חינוכית: _____ סמל מוסד: _____
 מס' מגיש הבקשה (מס' ספק במרכ"ה / מס' ח.פ.): _____
 האם המסגרת הינה בתחום רשמי / מוכר חרדי / מוכר לא חרדי / רשמי חרדי / התיישבותי

פירוט ההנגשות המומלצות:

מס' סידורי	פירוט סוג ההתאמה – למילוי ע"י הוועדה	המלצת הוועדה (יש לסמן ✓ להנגשה הנדרשת)	החלטת מומחה תחום מוגבלויות פיזיות מאושר/ נדחה	שם מומחה תחום מוגבלויות פיזיות	חתימת מומחה תחום מוגבלויות	עלות ההנגשה למילוי ע"י הרשות/ בעלות
1	הסעה נגישה	☐				
2	נגישון*	☐				
3	הסעה למרחקים קצרים (הקפצה)	☐				
מס' סידורי	פירוט סוג ההתאמה – למילוי ע"י הוועדה		החלטת מומחה תחום רלוונטי** מאושר/ נדחה	שם מומחה תחום רלוונטי	חתימת מומחה תחום רלוונטי	עלות ההנגשה למילוי ע"י הרשות/ בעלות
4	בקשה ללינה וכלכלה למלווה אישי לתלמיד במקרים שבהם הטיול/ הפעילות כוללת לינה	☐				
5	הדרכה מותאמת לגן או בי"ס לחינוך מיוחד בטיול שנתי (התאמת מספר המדריכים)	☐	צירוף מצבת תלמידים			

*חובה אישור רופא (טופס 7 ב') על מנת לאשר התאמה מסוג נגישון

**מומחה תחום רלוונטי (המומחה תחום הוא בגדר יועץ בלבד - באחריות מנהל המסגרת להעביר את החשבונית לרשות/בעלות להסדר תשלום):

- מוגבלות פיזיות ומחלות מיוחדות - מומחה תחום מוגבלויות פיזיות
- לקות ראייה - מומחה תחום לקויי ראייה מהמתי"א המתמחה
- לקות שמיעה - מנהל המרכז הטיפולי-חינוכי מחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים
- שאר ההמלצות יועברו לחתימה למומחה התחום הרלוונטי במתי"א

אישור ההורים : הורה: שם _____ חתימה _____ תאריך: _____
שם מנהל המוסד החינוכי: _____ חתימת המנהל: _____ תאריך: _____

טופס 7 ב' - אישור רופא לפעילות באמצעות "נגישון" עבור התלמיד הנישא

"נגישון", הינו אמצעי ניידות בפעילות שטח, המאפשר ישיבה עם תמיכות בהתאם ליכולות תפקודיות. הכלי מיועד לנשיאת האדם עם קשיי ניידות בשגרה."

שם התלמיד _____ ת"ז _____ תאריך לידה _____
שם המוסד _____ סמל מוסד _____

א. למילוי על ידי צוות המוסד החינוכי

הצגת מידע אודות מקום הפעילות והמסלול:

הפעילות תתקיים בתאריך _____ למשך _____ ימים. אנו נערכים לפעילות שטח והתלמיד יתנייד באמצעות "נגישון" לאורך כל מסלול/ חלק מהמסלול. משך זמן ישיבה רצופה מוערך _____ שעות ביום.

ב. למילוי הרופא

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

משקל התלמיד _____ ק"ג גובה התלמיד _____

האם לתלמיד יש שליטת גב? כן / לא שליטת ראש: כן / לא

הריני לאשר על סמך היכרותי הרפואית עם התלמיד _____ כי הניידות באמצעי מסוג "נגישון" בזמן הפעילות תואמת את יכולות התלמיד ואת מצבו הבריאותי.

_____ חתימה וחותמת הרופא

_____ התמחות

_____ שם הרופא

- על הרופא למלא ולחתום על מסמך זה או לחילופין לצרף אישור רפואי מקביל על גבי מסמך רשמי של קופת החולים עם התייחסות לנדרש מעלה.

ג. למילוי ההורים

אני מאשר לבני/ביתי _____ לצאת לפעילות חוץ מוסדית ולהתנייד ב"נגישון", על פי אישור הרופא המטפל, נמסר לי כי אין מניעה רפואית לשימוש בני/ ביתי בנגישון במהלך הפעילות החוץ מוסדית.

שם ההורה _____ חתימת ההורה _____

תכנית טיולים ופעילויות פנים וחץ מוסדיות

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

[illegible]

מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	מועד הפעילות	סוג ההנגשה
											בחירת אתרים מונגשים
											פיצול מסלול ומינוי אחראי לכל מסלול
											הדרכה מהצוות לבעלי התפקידים הרלוונטיים תוך שמירה על כבודם ופרטיותם של התלמידים
											שמירה על מכשירים וציוד בפעילויות מים
											הדרכה מותאמת לגן או בי"ס לחינוך מיוחד בטויל שנת (התאמת מספר המדריכים)

הריני לאשר את ההנגשות אשר הומלצו בישיבת צוות בין מקצועי לתלמידי המוסד החינוכי המפורטות להלן.

שם מנהל/ת המוסד החינוכי: _____ התאריך: _____
 חתימה: _____
 שם ממונה מקצועי במתי"א: _____ התאריך: _____ חתימה: _____

טופס 7 ד'

תכנית טיולים ופעילויות פנים חוץ מוסדיות –

טופס לרשות המקומית/בעלות

שם המוסד החינוכי: _____ סמל המוסד: _____ שנה"ל: _____

הריני לאשר את ההנגשות אשר הומלצו בישיבת צוות בין מקצועי לתלמידי המוסד החינוכי
המפורטות להלן:

שם התלמיד	שם תלמיד	מועד הפעילות	שם תלמיד	מועד הפעילות	שם תלמיד	מועד הפעילות	שם תלמיד	מועד הפעילות	שם תלמיד	מועד הפעילות
הסעה נגישה										
נגישון										
סיוע בתשלום לינה וכלכלה עבור מלווה										
הדרכה מותאמת לגן או בי"ס לחינוך מיוחד בטיול שנתי (התאמת מספר המדריכים)										
הסעה למרחקים קצרים (הקפצה)										

*יש לצרף לנספח זה את טופס 7 א – תכנון ההנגשות וחווות דעת מקצועיות לתלמיד/ה עם מוגבלות

שם מנהל/ת המוסד החינוכי: _____ התאריך: _____

חתימה: _____