

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

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

א. למילוי על ידי צוות המוסד החינוכי:

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

הצגת מידע אודות מקום הפעילות והמסלול:

הפעילות תתקיים החל מהתאריך _____ למשך _____ ימים.
אנו נערכים לפעילות שטח והתלמיד יתנייד באמצעות "נגישון" לאורך המסלול/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 _____