

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המינהל הפדגוגי  
אגף בכיר שירות פסיכולוגי ייעוצי  
האגף ללקויות למידה והפרעת קשב

תאריך \_\_\_\_\_

**טופס פניה לספריה המרכזית לעיוורים, כבדי ראייה ומוגבלים**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

מיקוד \_\_\_\_\_ רח' \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_

מספר טלפון \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(הקף בעיגול) הכיתה: ד', ה', ו', ז', ח', ט', י, י"א, י"ב

אנו ממליצים לאפשר לנ"ל הסובל מדיסלקציה קשה לשאול קלטות בספריה לעיוורים.

(סמן X במשבצת המתאימה): [ ] א. התלמיד אינו קורא קריאה טכנית.

[ ] ב. התלמיד אינו יכול להגיע להבנת הנקרא למרות שליטה

חלקית בקריאה.

[ ] ג. לתלמיד יש קליטה שמיעתית טובה.

שם השרות הפסיכולוגי חינוכי הממליץ \_\_\_\_\_

כתובת השרות \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

שם הפסיכולוג הממליץ \_\_\_\_\_

חתימת הפסיכולוג \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך

\_\_\_\_\_

חותמת

יש לשלוח את הטופס ישירות לספריה לכתובת:

רח' ההסתדרות 4, נתניה 42541, טל' בספריה 09-8617874, פקס' 09-8626346