

**תכנון הנגשות וחוות דעת מקצועיות לתלמיד עם מוגבלות**

שם התלמיד/ה	ת.ז.	תאריך לידה	קוד אפיון חריגות התלמיד	ש"ש סיוע בשגרה (במידה ויידרש)

שם בית הספר	סמל מוסד	שם איש הקשר / רכז טיולים	טלפון	כתובת דוא"ל	תאריך ועדה בין מקצועית	תאריך הפעילות	סוג הפעילות	מספר הפעילות לתלמיד

סמן ✓ להנגשה נדרשת	סוג ההנגשה המבוקש	תיאור הצורך בהנגשה זו בשל מוגבלות התלמיד	חוות הדעת הנדרשת לצורך אישור ההנגשה	שם מלא של המומחה ומקצועו	חתימה
	אוטובוס מונגש		מומחה תחום לקות/ פיזיותרפיסט ו/או מרפאה בעיסוק		
	*נגישון *אישור רופא מצורף- נספח 6		מומחה תחום לקות/ פיזיותרפיסט ו/או מרפאה בעיסוק		
	תקצוב לינה וכלכלה למלווה אישי לתלמיד במקרים שבהם הטיול/ הפעילות כוללת לינה		תלמידים עם מוגבלות אשר זכאים לסייעות/ בשגרת הלימודים, לתלמידים עם מוגבלות אשר אושר להם ליווי לפעילות/ טיול, סיוע תגבור בכיתת חינוך מיוחד עבור הפעילות.		
	מלווה אישי		יש להגיש את הבקשה בצירוף – חו"ד של מומחה תחום לקות / פיזיותרפיסט ו/או מרפאה בעיסוק. עבור תלמידים עם מוגבלות קבועה או זמנית <b>ללא תמיכה מסוג סייעות/ בשגרה</b> , ההנגשה הנה עבור תלמידים: מוגבלות פיזית, עיוורון/ לקות ראייה, הפרעות נפשיות, מוגבלות שכלית התפתחותית קל- בינוני- קשה וסיעודי, אוטיזם, תסמונות, מחלות נדירות, או מצב בריאותי אחר שבגיניו התלמיד זקוק לאחת מההנגשות המפורטות.		

אישור ההורים : הורה : שם \_\_\_\_\_ חתימה : \_\_\_\_\_ תאריך : \_\_\_\_\_

הורה : שם \_\_\_\_\_ חתימה : \_\_\_\_\_ תאריך : \_\_\_\_\_

שם מנהל בית הספר : \_\_\_\_\_ חתימת המנהל : \_\_\_\_\_ תאריך : \_\_\_\_\_  
 במידה ובית הספר מנוהל ע"י עמותה / חברה עסקית רשום את שם העמותה / החברה \_\_\_\_\_

מספר ע"ר / ח.פ. \_\_\_\_\_

**נספח 4**

**אישור מפקח<sup>1</sup>**

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ סמל המוסד: \_\_\_\_\_ שנה"ל: \_\_\_\_\_

הריני לאשר את ההנגשות אשר הומלצו בישיבת צוות בין מקצועי לתלמידי בית הספר המפורטות להלן.

מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות/ כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות/ כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות/ כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות/ כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות/ כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות/ כיתה	מועד הפעילות	שם התלמיד /ז.ות/ כיתה	סוג ההנגשה
														אוטובוס מונגש שם התלמיד
														נגישון
														סיוע בתשלום לינה וכלכלה עבור מלווה
														מלווה אישי אין השתתפות משרד החינוך במימון המלווה – באחריות הבעלות / הרשות

החתימה: \_\_\_\_\_ שם מפקח בית הספר: \_\_\_\_\_ התאריך: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> יש לצרף נספח זה למסמכים אשר נשלחים לרכז במחוז. נספח זה מהווה תנאי הכרחי לאישור בקשות בית הספר

**אישור רפואי עבור תלמיד עם מוגבלות פיזית**

**אישור רופא לפעילות באמצעות נגישון עבור תלמיד נישא**

(בהתאם לנוהל נגישון חלק 3 ב' - אישורים)

א.נ./ג.נ.;

התלמיד שם \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ שנת לידה \_\_\_\_\_ אמור/ה להשתתף בטיוול/פעילות חוץ  
בית ספרית (לפרט) \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

למשך \_\_\_\_\_ ימים .

אבחנה : שם האבחנה \_\_\_\_\_

[לתלמיד עם CP : GMFCS \_\_\_\_\_ MACS \_\_\_\_\_ CFCS \_\_\_\_\_]

לשם ניידות בשטח לא בנוי התלמיד צריך להתנייד באמצעות "נגישון" לאורך כל המסלול/חלק מהמסלול, משך זמן  
ישיבה רצופה מוערך \_\_\_\_\_ דקות/שעות.

"נגישון", הינו אמצעי ניידות מותאם לשטח, המאפשר ישיבה עם תמיכות מינימאליות לגופו בעת הנשיאה.

מידע פיזי נוסף : משקל התלמיד \_\_\_\_\_ ק"ג גובה התלמיד \_\_\_\_\_

שליטת גב : \_\_\_\_\_ שליטת ראש : \_\_\_\_\_

מבחינה רפואית ועל סמך היכרותי המקצועית עם מצבו הבריאותי והרפואי של התלמיד הנ"ל \_\_\_\_\_ הפעילות  
תואמת את יכולות התלמיד ואת מצבו הבריאותי ואין כל מניעה רפואית להשתתפותו בפעילות/ טיוול.

שם הרופא \_\_\_\_\_

התמחות \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת הרופא \_\_\_\_\_

**אישור ההורים**

הנני מאשר לבני/ביתי \_\_\_\_\_ לצאת לפעילות חוץ בית ספרית ולהתנייד באמצעות "נגישון"

שם ההורה \_\_\_\_\_ חתימת ההורה \_\_\_\_\_

שם ההורה \_\_\_\_\_ חתימת ההורה \_\_\_\_\_