

אגף א' חינוך מיוחד

**נספח כ'
טופס מס' 16**

תאריך: _____

לכבוד:

הגב' אהובה סיידוף - מנהלת תחום חריגים, לקויי למידה ואוכלוסיות מיוחדות

משרד החינוך, אגף הבחינות

רח' שבטי ישראל 29

ירושלים 91911

פקס 02-5602038

בקשה לאישור היבחנות במסגרת החינוכית בבית החולים

בית הספר _____ סמל מוסד _____ המחוז _____

תאריך עברי: _____

תאריך לועזי: _____

התלמיד/ה _____ נו"ז _____ מאושפז/ת במרכז הרפואי _____

מתאריך _____ התלמיד/ה לומד/ת במרכז החינוכי בקהילה _____ שם ביה"ס _____

הישוב _____ סמל המוסד _____ המרכז החינוכי _____

נדרש לספק לו שירותי חינוך מתוקף חוק "חינוך חנינם לילדים חולים 2001". התלמיד עומד לגשת לבחינות הבגרות במקצועות המפורטים להלן:

מקצוע _____ סמל שאלון _____ מועד הבחינה _____

מקצוע _____ סמל שאלון _____ מועד הבחינה _____

מקצוע _____ סמל שאלון _____ מועד הבחינה _____

מצ"ב חוות דעת רפואית מעודכנת המעידה כי בשל מצבו הרפואי התלמיד אינו מסוגל לעזוב את בית החולים כדי להיבחן בביה"ס שבקהילה, ועליו להיבחן במרכז החינוכי שבתוך בית החולים:

חוות דעת רפואית

חתימת הרופא המאשר _____