

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' חינוך מיוחד

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
מפקח החינוך המיוחד \_\_\_\_\_

מחוז \_\_\_\_\_

שלום רב,

**בקשה לשעות תמיכה מהמחוז, לתלמידים חולים**  
**הלומדים בגן/יסודי /חט"ב, שנת הלימודים תשפ"ב**

שם התלמיד: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_  
שם גן/ביה"ס/ חט"ב וכתבתו: \_\_\_\_\_  
מס' הטלפון בביה"ס (כולל קידומת): \_\_\_\_\_ דרגת הכיתה: \_\_\_\_\_  
סמל ביה"ס: \_\_\_\_\_ קוד סוג הכיתה: \_\_\_\_\_ קוד סוג המוסד: \_\_\_\_\_  
שם הבעלות של ביה"ס: \_\_\_\_\_ סמל המוטב: \_\_\_\_\_  
**נא לסמן בהתאם:**

- תלמידים הנעדרים בגין מחלתם מעל 21 ימי לימוד בשנה הנוכחית  
 תלמידים שהיעדרותם אינה רציפה ואינה פחותה מ-30 ימי לימוד בשנה  
הנוכחית

הסיבה להפניה ל"שעות חולים": \_\_\_\_\_

תכנית תמיכה אחרת הניתנת ממשאבי המסגרת (שעות פרטניות, שעות תגבור.....): \_\_\_\_\_

מקצעות הלימוד שהסיוע נדרש בהם: \_\_\_\_\_

מספר השעות המבוקשות: \_\_\_\_\_ לתקופה: מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

**המסמכים המצ"ב**

- אישור רפואי עדכני  
 טופס ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית  
 חוות דעת של מומחה תחום מתי"א  
 אישור הקף ההיעדרות מתוך דוח מנבסני"ט של המסגרת החינוכית

שם מנהל בית הספר \_\_\_\_\_

חתימת מנהל בית הספר וחותמת ביה"ס \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

שם וחתימת של מפקח המסגרת החינוכית \_\_\_\_\_

