

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' לחינוך מיוחד

נספח 9:

תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד  
מפקח החינוך המיוחד \_\_\_\_\_  
מחוז \_\_\_\_\_

שלום רב,

**בקשה לשעות תמיכה לתלמידים חולים, שנת הלימודים התשע"ט**

שם התלמיד: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_  
שם ביה"ס וכתובתו: \_\_\_\_\_  
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 להפנייה 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  
 הסכמת ההורים  
 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