

תוספת ראשונה

(תקנה 3(ב))

**טופס הסכמה של הורי התלמיד/ הגורם הרושם לקבלת מידע מגורמי חינוך
ובריאאות על מצבו של התלמיד או ההורה המבקש התאמות נגישות**

שם: _____
ת.ז.: _____
מען: _____
טל': _____
פקס': _____
דוא"ל: _____

הקשר למבקש הבקשה :

(הורה המבקש עבור עצמו/ הורה או אפוטרופוס המבקש עבור תלמיד – יש להוכיח באמצעות ת"ז/ צו אפוטרופסות ולצרף את המסמך):

שם קופת- החולים של מבקש ההתאמות: _____

אם ההתאמות עבור תלמיד- שמות מוסדות החינוך שבהם למד התלמיד בעבר (לרבות מען וטל'): _____

שמות, מען וטל' של גורמים נוספים (חינוך, בריאות, בריאות הנפש, רווחה, הביטוח הלאומי גורמים פרטיים, ועוד) שטיפלו בעבר בתלמיד או בהורה בעל המגבלה והמכירים אותו :

אני מסכים ומאשר למנהל מחלקת החינוך ברשות המקומית _____ לבקש בשמי מסמכים מקצועיים שונים מן הגורמים המפורטים לעיל.

אני מוותר בכך כלפי הרשות המקומית, המדינה וכל גורם אחר, הנדרש לעיין במסמכים כאמור מתוקף תפקידו, על כל טענה או תביעה, במישרין או בעקיפין, לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א- 1981¹⁰, או כל הוראה דין אחרת שעניינה חסיון. ולראייה באתי על החתום :

¹⁰ ס"ח התשמ"א, עמ' 128

שם וחתימה

תאריך

תוספת שנייה

(תקנה 3(ג))

טופס בקשה

לפי תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות

(הנגשה פרטנית של מוסד חינוך לתלמיד ולהורה), התש"ע - 2009

חלק א': כללי:

שם התלמיד _____
תאריך לידה: _____
מספר תעודת זהות: _____
שם האב _____
מספר תעודת זהות של האב: _____
שם האם _____
מספר תעודת זהות של האם: _____
כתובת _____
מס' טל' _____
מס' טל' נייד _____
מס' פקס' _____
כתובת דוא"ל _____

אני מבקש הנגשה פרטנית לתלמיד/ אביו של התלמיד/ אימו של התלמיד (מחק את המיותר), אשר לו המוגבלות מסוג (יש לפרט את סוג המוגבלות):

אני מצרף בזה מסמכים רפואיים ואחרים המעידים על המוגבלות - פרט בתמצית את המסמכים המצורפים:

סוג ההתאמות המבוקשות (בתמצית):

פרט אם התלמיד/ ההורה המבקש את ההנגשה מקבל סיוע מגורם אחר – יש לפרט את מהות הסיוע והיקפו, ולציין מיהו הגורם המסייע (משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד התעשייה המסחר והתעסוקה, משרד החינוך- דרך סל שילוב, הרשות המקומית, הביטוח הלאומי, עמותה פרטית או כל גוף אחר); אם כן- יש לצרף מסמכים המעידים על מהות הסיוע והיקפו:

הערות נוספות, לשיקול דעת המבקש:

תאריך: _____

חתימת המבקש

חלק ב': פרטים למילוי ע"י מוסד החינוך שהתלמיד לומד/ עתיד ללמוד בו:

שם מוסד החינוך:

סמל המוסד:

שם המפקח/ת:

שם המנהל/ת:

כתובת מלאה של המוסד החינוכי:

סוג המסגרת: רשמי/ מוכר שאינו רשמי/ חינוך רגיל/ חינוך מיוחד

גיל המסגרת: גן - ילדים טרום - חובה/ גן חובה / בית - ספר יסודי/ חטיבת
ביניים / חטיבה עליונה:

מספרי טלפון במוסד ומספרי טלפון נוספים להתקשרות ישירה עם המנהל
והמפקח:

מס' פקס' במוסד:

כתובת דוא"ל

התלמיד לומד/ ילמד בכיתה

החל בשנת הלימודים

האם התלמיד מקבל סיוע באמצעות מערכת החינוך?
האם מקבל עזרים או שירותים לפי חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988¹¹ (להלן -
חוק חינוך מיוחד), לרבות לפי פרק ד' בחוק בעניין שילוב יחידני של תלמיד בעל
צרכים מיוחדים במוסד חינוך רגיל.
אם כן - פרט סוג הסיוע/ העזרים/ השירותים הניתנים, וצרף החלטות עדכניות
של ועדות לפי חוק חינוך מיוחד הנוגעות לעניין (שילוב, השמה, ערר), ובמקרה של

¹¹ ס"ח התשמ"ח, עמ' 114

תלמיד משולב- צרף עותק מהתכנית החינוכית היחידנית שערך לו הצוות הבין-מקצועי בבית הספר; פרט בתמצית מהות והיקף של הסיוע המתקבל מסל שילוב: עזרים, סייעת, טיפולים פרא-רפואיים, שיעורי עזר, וכד'.

האם למיטב ידיעתך מקבל סיוע דרך גורם אחר? אם כן- פרט מהות הסיוע, היקפו והגורם המסייע; צרף אסמכתאות ככל שיש בידך ופרט אותן:

חוות דעת כללית על בקשת ההנגשה והערות של מוסד החינוך שבו עתיד התלמיד ללמוד:

אני מצהיר/ה כי הפרטים המפורטים בחלק זה נכונים

תאריך: _____
חתימת מנהל מוסד החינוך

חלק ג': עמדת המפקח על בית הספר בו התלמיד לומד/ עתיד ללמוד ביחס לבקשה לקבלת התאמות נגישות של התלמיד או ההורה:

תאריך: _____

שם וחתימה של
המפקח על מוסד החינוך

חלק ד': עמדת מהנדס הרשות המקומית שבשטחה מצוי מוסד החינוך:

תאריך _____

שם וחתימת המהנדס

חלק ה': עמדת גזבר הרשות המקומית ביחס לאומדן עלות התאמות הנגישות:
(לגבי תלמיד חוץ- עמדות גזבר הרשות המקומית השולחת וגזבר הרשות
המקומית הקולטת):

תאריך _____

שם וחתימה/ות הגזבר/ים

חלק ו' - עמדת מנהל מחלקת חינוך ברשות המקומית הנוגעת לעניין:
(לגבי תלמיד חוץ- עמדות מנהל מחלקת החינוך ברשות המקומית הקולטת
ומנהל מחלקת החינוך ברשות המקומית השולחת):

תאריך: _____

שם וְחתימה/ות
מנהלים מחלקת החינוך
ברשות המקומית

חלק ז' - פרטי מורשה הנגישות והערותיו :

(מורשה לנגישות מבנים תשתיות וסביבה או מורשה נגישות השירות או שניהם - לפי העניין):

שם מורשה הנגישות: _____

מס' ת.ז. _____

מס' רשיון _____

כתובת _____

טל' _____

פקס' _____

דוא"ל _____

הגורם המעסיק או המשלם בעד חוות הדעת: _____

עמדה ביחס להנגשה הנדרשת:

- מצ"ב תוכנית נגישות מומלצת כמסמך מצורף.

חתימת מורשה הנגישות

תאריך