



משרד החינוך  
המינהל הפדגוגי  
אגף אי חינוך מיוחד

## נספח מס' 1

### טופס בקשה להתאמות לפי תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשע"ח-2018

(התוספת הראשונה תקנה 4 (א))

חלק א': כללי:

שם התלמיד: .....

תאריך לידה: .....

מספר זהות: .....

מוסד החינוך בו לומד התלמיד: .....

הבעלות על המוסד החינוכי: .....

שם ההורה: .....

מספר זהות של ההורה: .....

שם ההורה: .....

מספר זהות של ההורה: .....

כתובת: .....

מספרי טלפון, רגיל ונייד, להתקשרות עם הגורם המגיש את הבקשה: (הורה/ רושם אם אינו הורה):

.....

מספר פקסימילה של מגיש הבקשה: .....

כתובת דואר אלקטרוני של מגיש הבקשה: .....

אני מבקש הנגשה פרטנית עבור התלמיד/ אביו של התלמיד/ אימו של התלמיד (מחק את המיותר),  
שלו מוגבלות זמנית או קבועה בתחומים האלה הנוגעות לתפקודו במוסד החינוך (יש לפרט את אופי המוגבלות בכל  
תחום, והשלכותיהן על התפקוד במוסד החינוך):

.....

.....

.....

אני מצרף בזה מסמכים רפואיים ואחרים המעידים על אופי המוגבלות של מי שמתבקשת  
בשבילו ההנגשה, הנוגעות לתפקודו במוסד החינוך - פרט בתמצית את תוכנם של  
המסמכים המצורפים\*:

.....

.....

.....



משרד החינוך  
המינהל הפדגוגי  
אגף אי חינוך מיוחד

המבקש רשאי לציין בתמצית את סוג ההתאמות המבוקשות:

.....

.....

.....

.....

יש לפרט אם התלמיד/ ההורה המבקש את ההנגשה מקבל התאמה בפועל או סיוע כספי לשם ביצוע התאמה מגורם אחר - יש לפרט את מהות הסיוע והיקפו, ולציין מיהו הגורם המסייע : (הביטוח הלאומי, משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד הכלכלה, משרד החינוך – דרך מערך החינוך המיוחד, תמיכה מסל שילוב או בדרך אחרת, הרשות המקומית, עמותה פרטית או כל גוף אחר); אם כן - יש לצרף מסמכים המעידים על מהות הסיוע והיקפו:

.....

.....

.....

.....

הערות נוספות, לשיקול דעתו של הגורם המבקש:

.....

.....

.....

.....

.....

חתימת המבקש

.....

תאריך הבקשה

\* הבהרה - אם אין די במסמכים המצורפים לצורך קבלת ההחלטה, יחזיר המנהל את הבקשה לרושם לצורך השלמת מסמכים לפי תקנה 4ד' (לתקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות) נגישות פרטנית לתלמיד ולהורה, (התשע"ח 2018), בתוך פירוט המסמכים הנדרשים והגורמים שמהם יש לקבל מסמכים אלה.



משרד החינוך  
המינהל הפדגוגי  
אגף אי חינוך מיוחד

## נספח מס' 2

### המסמכים שעל ההורה/אפוטרופוס לצרף לטופס הבקשה:

|                |                                                                      |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| מוגבלות בשמיעה | בדיקת שמיעה והמלצה של המרכז הטיפולי מחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים |
| מוגבלות בראייה | בדיקת ראייה והמלצה של מומחי תחום ראייה מהמתי"א המתמחה במחוז          |
| לקויות למידה   | אבחון פסיכו-דידקטי המעיד על לקות הלמידה וצרכי התלמיד                 |
| שאר המוגבלויות | אישור רפואי מפורט מרופא מומחה                                        |