



**מרכז חינוכי-טיפול לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים**

משרד החינוך, מחוז צפון  
רח' טרומפלדור 2, שיכון ב' ת.ד. 812 טבריה  
טל' 04-6716274 פקס 04-6712328  
lakash.tzafon@gmail.com



**הפניית תלמיד לפתיחת תיק במרכז הטיפול ללקויי שמיעה**

- נא לצרף:**
1. צילום ת.ז. של אחד ההורים עם הספח בו פרטי התלמיד/ה
  2. שלוש בדיקות שמיעה מהשנה או השנתיים האחרונות
  3. סיכום מרופא אף-אוזן-גרון

תאריך מילוי הפרטים: \_\_\_\_\_

**פרטי התלמיד/ה:**

שם משפחה:		שם פרטי:		מספר ת.ז. תשע ספרות	
זכר / נקבה הקף בעיגול		תאריך לידה:		מס' טלפון בית:	
שם האם:		מס' טלפון נייד:		שם האב:	
כתובת מגורים:					
שם הרחוב		מס' בית		ת.ד.	
ישב		מיקוד			
כתובת דוא"ל הורים:					
<b>מצב השמיעה:</b> הקף בעיגול ימין - הולכתי/ עצבי/ מעורב / תקין דרגת ירידה _____			<b>שימוש במכשירי שמיעה:</b> ימין - יש/ אין סוג _____		
שמאל - הולכתי/ עצבי/ מעורב/ תקין דרגת ירידה _____			שמאל - יש/ אין סוג _____		
מידע רלוונטי נוסף:					

**פרטי המסגרת החינוכית:**

שנה"ל:		שם בית הספר:		מס' סמל מוסד לשימוש המשרד:	
טלפון בית הספר:		מס' פקס בית הספר:		כתובת בית הספר:	
כיתה:		סוג מסגרת: הקף בעיגול		רשות:	
		רגיל / כיתה מקדמת/ בייס חני"מ		מתי"א:	
סייעת/ אישית/ בכיתה: כן/לא					
סיבת הזכאות לסייעת: _____					
סיוע אחר: _____					