



מרכז חינוכי-טיפולי 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 הטיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים

- נא לצרף:**
1. צילום ת.ז. של אחד ההורים עם הספת 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.	
רשות מקומית/ אזורית:		כתובת דוא"ל הורים:			
מצב השמיעה: הקף בעיגול		שימוש במכשירי שמיעה:			
ימין - הולכתי/ תחושתי - עצבי/ מעורב / תקין		ימין - יש/ אין			
דרגת ירידה:		שמאל - יש/ אין			
		סוג:			
שמאל - הולכתי/ תחושתי - עצבי/ מעורב/ תקין		תאריך ב.שמיעה אחרונה			
דרגת ירידה:		בעת פתיחת התיק:			
מידע רלוונטי נוסף:					
רמת השמיעה שנקבעה לפי הראמ"ה לשימוש המשרד:					

פרטי המסגרת החינוכית:

שנה"ל:	שם בית הספר/ גן:	מס' סמל מוסד לשימוש המשרד:
טלפון בית הספר/ גן:	סוג מסגרת: הקף בעיגול	כתובת בית הספר/ גן:
מס' פקס בית הספר/ גן:	רגיל / כיתה מקדמת/ ביי"ס חנ"מ	
כיתה:	מעמד: הקף בעיגול	רשות מקומית/ אזורית:
	רשמי/ מוכש"ר	מתי"א:
סייעת אישית/ בכיתה: כן/ לא		
סייעת אחר:		
סיבת הזכאות לסייעת:		