



מרכז חינוכי-טיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרישים

משרד החינוך, מחוז צפון
רח' טרומפלדור 2, שיכון ב' ת.ד. 812 טבריה
טל': 04-6716274 פקס 04-6712328
shema.tsafon@matya365.org.il



הפניית תלמיד לפתיחת תיק במרכז הטיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרישים

- 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.	
זכר / נקבה		תאריך לידה:		מס' טלפון בית:	
שם ההורה:	מצב משפחתי:	מס' טלפון נייד:	שם ההורה:	מצב משפחתי:	מס' טלפון נייד:
כתובת מגורים:					
שם הרחוב		מס' בית	ת.ד.	ישוב	מיקוד
רשות מקומית/ אזורית:			כתובת דוא"ל הורים:		
מצב השמיעה:			שימוש במכשירי שמיעה:		
ימין - הולכתי/ תחושתי - עצבי/ מעורב / תקין דרגת ירידה:			ימין - יש/ אין/ בתהליך התאמה <u>סוג</u> : שמאל - יש/ אין/ בתהליך התאמה <u>סוג</u> :		
שמאל - הולכתי/ תחושתי - עצבי/ מעורב/ תקין דרגת ירידה:			תאריך ב.שמיעה אחרונה בעת פתיחת התיק:		
לקוויות נוספות ו/או מידע רלוונטי נוסף:					
רמת השמיעה לועדת זכאות ואפיון לשימוש המשרד:					

פרטי המסגרת החינוכית:

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