



**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. תשע ספרות	
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/ אזרית:			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			
שמאל - הולכתי/ תחושתי - עצבי/ מעורב/ תקין		סוג:			
דרגת ירידה:		תאריך ב.שמיעה אחרונה			
מידע רלוונטי נוסף:		בעת פתיחת התיק:			
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	כתובת בית הספר/ גן:
מס' פקס בית הספר/ גן:	רגיל / כיתה מקדמת/ בייס חנ"מ	
כיתה:	מעמד: הקף בעיגול	רשות מקומית/ אזרית:
	רשמי/ מוכש"ר	מתי"א:
סייעת אישית/ בכיתה: כן/ לא		
סיבת הזכאות לסייעת:		
סיוע אחר:		