

משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף חינוך מיוחד

נספח מס' 2

טופס יידוע והסכמת הורים / אפוטרופוס על מעורבות סטודנט' למקצועות הבריאות
וטיפול באמצעות אמוניות בטיפול בתלמיד במוסד חינוכי

תאריך _____

לכבוד

הורים / אפוטרופוס

שם התלמיד/ה: _____

שם המדריכ/ה: _____

שם המוסד: _____

- אני משמש/ת כמדריך / מדריכה לסטודנט _____ במסגרת הכשרה מעשית במקצוע _____. הכשרה זו היא חלק מחובות הסטודנט במסלול לימודיו כאיש מקצוע.
- מבקש/ת ליידע אתכם כי במסגרת ההכשרה מעשית של הסטודנט הוא מעורב בטיפול בילדכם בליווי שלי כמדריכ/ה. הסטודנט התחייב בכתב ובעל פה לשמור על סודיות פרטי הטיפול ופרטי ילדכם.
- במידה ויש לכם שאלות או התנגדות לכך אנא כתבו בטופס זה או תתקשרו במייל לכתובת _____ תתקשרו לטלפון _____.

בברכה

שם וחתימה _____

להורים לתלמידים המטופלים בטיפול באמצעות אמוניות: נא לחתום על הסכמה למעורבות של סטודנט בטיפול בילדכם. ללא חתימה זו לא יוכל הסטודנט להיות מעורב בטיפול בילדכם.

אני אם / אב / אפוטרופוס מסכימה / שהסטודנט/ית לטיפול באמצעות אמוניות בשם _____ יהיה מעורב בטיפול של ילדי במהלך הכשרתו המעשית או שנת הכשרתו המתקדמת.

שם _____ חתימה _____

*סטודנט או סטודנטית