

טופס בקשה להתאמה אישית עקב: לקות למידה, קשב וריכוז, התאמה רפואית
הבקשה תוגש עד 20/12/23
בקשות להתאמות עקב אירוע רפואי חדש/זמני יוגשו מייד לאחר האירוע.

שם המועמד/הסטודנט _____ פרטי ומשפחה
ת.ז. _____

טלפון נייד: _____ מגמת לימוד: _____ כיתה _____
מסלול לימודים: בוקר/ערב (נא לסמן בעיגול) שנה: א / ב / ג / ד
אני מבקש התאמת נגישות רפואית/התאמה בבחינות (מחק את המיותר) בהתאם לקריטריון הבא:

בעל לקות למידה – יש לצרף אבחון עדכני.
הערה: אבחון שנעשה כשגיל המועמד קטן מ- 18 תקף ל-5 שנים מתאריך הבדיקה ואבחון שנעשה כשגיל מגיל 18 ואיך תקף ללא מגבלת זמן.
רשאים לאבחון לקות למידה:

1. פסיכולוג/ית קליני/חינוכי מומחה/ית.
2. בוגר/ת תואר שני בליקויי למידה .
3. מאבחן דיסקטי מורשה עם מספר רישוי.

לאבחון הפרעת קשב וריכוז

יש להציג תוצאות בדיקה ממוחשבת של קשב וריכוז שעדין בתוקף בצירוף המלצה של אחד מהבאים:

1. רופא מומחה בנוירולוגיה או נוירולוגית ילדים.
2. רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר.
3. הערה: אבחון שנעשה כשגיל המועמד קטן מ- 18 תקף ל-5 שנים מתאריך הבדיקה ואבחון שנעשה כשגיל מגיל 18 ואיך תקף ללא מגבלת זמן.

המעוניינים יכולים לפנות לאחד [מהמכונים שלהלן](#) שהוגדרו כמוכרים ע"י מוסדות להשכלה גבוהה. האבחון יכלול המלצות מוגדרות היטב להקלות.

בעל לקות רפואית – יש לצרף אישור רפואי עדכני מרופא מומחה בתחום הבעיה הרפואית במערכת הרפואה הציבורית, המפרט את הבעיה הרפואית בציון ההשלכות התפקודיות על מהלך לימודיו של הסטודנט, לרבות המלצות מוגדרות להקלות (על הרופא למלא גם את הטופס למה"ט שבהמשך מסמך זה)

ההתאמה המבוקשת:

תאריך _____ חתימת המבקש _____

לידיעת המועמד/הסטודנט: ההחלטה בדבר מתן התאמות תתקבל על ידי הוועדה לקביעת התאמות אישיות ותימסר תוך 30 יום מהגשת הבקשה.

על המועמד/הסטודנט המעוניין בהחלטת הוועדה לפני תחילת שנת הלימודים, להגיש את הבקשה בצירוף המסמכים הרלוונטיים מוקדם ככל שאפשר, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת הלימודים.

הבקשה תידון בוועדה אך ורק לאחר תשלום המקדמה על ידי המועמד.

הערות:

1. טופס בקשה בצירוף המסמכים הרלוונטיים המקוריים כולל כתב ויתור על סודיות יימסר למזכירות של אחת החטיבות של ביה"ס בהתאם למגמת לימוד של הסטודנט.

2. כל הכתוב לעיל מתייחס לזכר ולנקבה במידה שווה.

לכבוד
הוועדה לקביעת התאמות אישיות,
בית הספר הארצי להנדסאים
קריית הטכניון
חיפה

כתב ויתור סודיות

אני _____ שם פרטי ומשפחה _____ ת. ז. _____

מביעה/ה בזאת את הסכמתי למסירת מידע רלוונטי לגביי, ומוותר בזאת על סודיות לעניין התאמות בגין לקות למידה/התאמות בגין בעיה רפואית לגופים כגון: מכוני אבחון, מה"ט, צה"ל, המוסד לבטוח לאומי ועוד.

כתב ויתור זה ניתן לבית הספר במסגרת סיוע לסטודנטים עם צרכים מיוחדים.

ולראיה באתי על החתום (יחתם ע"י מגיש הבקשה בפני
פקידת החטיבה בעת הגשת הבקשה):

שם הסטודנט/ית _____ ת. ז. _____
פרטי ומשפחה _____
חתימה _____ תאריך _____

מאשרת חתימת מגיש הבקשה בפניי

שם פרטי ומשפחה _____
תפקיד _____ במזכירות חטיבה _____
חתימה _____
תאריך _____

הנדון: חוות דעת רפואית והמלצה להתאמות בבחינות גמר ממלכתיות

תאריך _____

1. פרטי הסטודנט/ית

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מספר ת.ז. _____

2. הבעיה הרפואית ממנה סובלת/ה הסטודנט/ית

3. **הבעיה הרפואית היא כרונית (קבועה)** כן לא (יש לסמן את התשובה המתאימה)

4. **הבעיה הרפואית משפיעה על כתיבת בחינה** כן לא (יש לסמן את התשובה המתאימה)

הסבר על השפעת הבעיה הרפואית על כתיבת בחינה

5. **נידרש מתן התאמות בבחינות** כן לא (יש לסמן את התשובה המתאימה)

ההתאמה הנדרשת _____

6. פרטי הרופא

שם: _____ תחום המומחיות _____

חתימה _____ חותמת _____