

בית הספר הארצי להנדסים (ע"ה)

**טופס בקשה להתאמה אישית עקב: לקות למידה, קשב וריכוז, התאמה רפואית.
בקשות להתאמות עקב אירוע רפואי חדש / זמני יוגשו מיד לאחר האירוע.**

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

טלפון נייד: _____ מגמת לימוד: _____ כיתה: _____

מסלול לימודים: בוקר / ערב שנה: א / ב / ג / ד (נא לסמן בעיגול)

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 ממועד האבחון.

אבחון שנעשה כשגיל המועמד מגיל 18 ואילך תקף ללא מגבלת זמן.

רשאים לאבחון לקות למידה:

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

בעל הפרעת קשב וריכוז

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

1. רופא מומחה בנוירולוגיה או נוירולוגית ילדים

2. רופא מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר

הערה: אבחון שנעשה כשגיל המועמד קטן מ-18 תקף ל-5 שנים ממועד האבחון.

אבחון שנעשה כשגיל המועמד מגיל 18 ואילך תקף ללא מגבלת זמן.

האבחון יכלול המלצות מוגדרות היטב להקלות.

המעוניינים יכולים לפנות לאחד [מהמכונים שלהלן](#) שהוגדרו כמוכרים ע"י מוסדרות להשכלה גבוהה.

בעל לקות רפואית

יש לצרף אישור רופא עדכני מרופא מומחה בתחום הבעיה הרפואית במערכת הרפואה הציבורית,

המפרט את הבעיה הרפואית של המועמד / הסטודנט, בציון ההשלכות התפקודיות על מהלך לימודיו

של הסטודנט, לרבות המלצות מוגדרות להקלות.

על הרופא למלא גם את הטופס 'חוות דעת רפואית' למה"ט שבהמשך מסמך זה.

ההתאמה המבוקשת: _____

תאריך: _____ חתימת המבקש: _____

בית הספר הארצי להנדסאים (ע"ר)

לידיעת המועמד / הסטודנט:

- ההחלטה בדבר מתן התאמות תתקבל על ידי הוועדה לקביעת התאמות אישיות ותימסר תוך 30 יום ממועד הגשת הבקשה.
- על המועמד / הסטודנט המעוניין בהחלטת הוועדה לפני תחילת שנת הלימודים, להגיש את הבקשה בצירוף המסמכים הרלוונטיים מוקדם ככל האפשר, ולא יאוחר מ-45 ימים לפני מועד תחילת הלימודים.
- הבקשה תידון בוועדה אך ורק לאחר תשלום המקדמה על ידי המועמד.

הערות:

1. טופס הבקשה בצירוף המסמכים הרלוונטיים המקוריים, כולל כתב ויתור סודיות יימסר למזכירות ביה"ס אל מגמת הלימוד הרלוונטית של הסטודנט.
2. כל הכתוב לעיל בלשון זכר מתייחס לזכר ולנקבה במידה שווה.

בית הספר הארצי להנדסאים (ע"ר)

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

כתב ויתור סודיות

אני _____ ת.ז. _____
שם פרטי ומשפחה

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 לביטוח 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 _____ ת.ז. _____
שם 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 סובל/ת 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 _____