

מדינת ישראל
משרד החינוך
המינהל לחינוך התיישבותי, פנימייתי ועליית הנוער
האגף לקליטה והשמת תלמידים בפנימיות

תאריך: _____

שם התלמיד: _____ ת.ז. _____ נייד הורים: _____

טלפון נוסף: _____

תאריך לידה לועזי: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה _____

כתובת למשלוח דואר: _____

מייל: _____

קיבלנו פנייתכם לקליטה במסגרת המנהל לחינוך התיישבותי ועליית הנוער לשנה"ל: _____

לצורך בדיקת הבקשה, אנא מלאו את הפרטים הבאים, וצרפו:
צילום ת.ז. כולל הספח בו רשומים הילדים.
את המסמכים יש להעביר באמצעות המסגרת החינוכית,
אליה התקבלה/ה מועמד/ת.

התקבל ללמודים ב: _____ לכיתה: _____

שם האב: _____ שם האם: _____

מצב משפחתי: משפחה שלמה/הורים גרושים/ אלמן/ה אחר _____

מקצוע: _____ מקצוע: _____

מקום העבודה: _____ מקום העבודה: _____

הכנסה (ברוטו): _____ הכנסה (ברוטו): _____

(קצבאות ביטוח לאומי, פנסיה, פיצויים, מזונות וכדו'): _____

מס' ילדים עד גיל 18: _____ חיילים/שירות לאומי: _____

מספר ילדים בפנימייה: _____ מסודרים דרך עלה"נ: _____

הוצאות דיור (משכנתא/שכר דירה): _____ הכנסות נוספות: _____

בעיות מיוחדות: _____

נימוקים לבקשה: _____

קשר עם שירותי הרווחה/גורמים מקצועיים אחרים: _____

רח' קרן היסוד 19 א, ת.ד. 7313 ירושלים 91072
טלפון: 02-5458000, פקס: 02-6244092
klitajer@mchp.gov.il
<http://www.kfar-olami.org.il>



חפשו אותנו ב - פנימיות בפיקוח משרד החינוך.

היחידה לשרותים פסיכוסוציאליים ורפואיים
השרות הרפואי

המינהל לחינוך התיישבותי, פנימייתי ועליית הנוער
האגף לקליטה והשמת תלמידים בפנימיות

הפניה לבדיקה רפואית

נא להחזיר את הטופס לעו"ס באגף הקליטה

למילוי ע"י המשרד: שם העו"ס _____ מחוז _____ ת. הפניה _____

דוקטור נכבד/ה!

במסגרת עבודת המיון והבדיקה של מועמדים לקבלה לפנימיות של המינהל לחינוך התיישבותי, פנימייתי ועליית הנוער, אנו מבקשים מילוי שאלון זה. קבלת הפרטים הרפואיים תסייע לנו בהמשך הטיפול הרפואי בנערה/ה בעת שהייתם במסגרת הפנימייה.

נודה לך על שליחת מסמכים רלוונטים למצבו/ה של הנערה/ה – כולל חוות דעת מקצועית / סיכומי אשפוז וכו' נא למלא את הטופס במלואו. לחילופין ניתן לשלוח סיכום ממוחשב מלא.

בברכה,
השרות הרפואי

אישור רפואי

פרטי המועמד/ת:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מוכר לי משנת _____

מין: זכר / נקבה _____ מסי' ת. זהות _____ תאריך לידה _____ / _____ / _____

ארץ מוצא _____ תאריך עליה _____

כתובת _____

היסטוריה רפואית

מחלות כרוניות: _____

אישפוזים / ניתוחים: _____

רגישות (מזון / תרופות / אחר): _____

בדיקת מנטו (שחפת) בוצעה כן / לא תקינה: כן / לא הופנה להמשך ברור: כן / לא _____

טיפולים תרופתיים (לתקופה שעולה על 6 חודשיים): _____

בדיקה פיזיקלית: לחץ דם: _____ דופק _____ גובה _____ משקל _____ B.M.I. _____

ממצאים חריגים בבדיקה: _____

שם הרופא: _____ כתובת המרפאה _____

טלפון: _____ פקס: _____ תאריך בדיקה: _____ חותמת: _____

סיווג רפואי

מדינת ישראל

משרד החינוך

המינהל לחינוך התיישבותי, פנימייתי ועו"ס

נא לבצע בדיקת מנטו

סעיפי ליקוי

תאריך: _____

חתימת רופא המינהל: _____