

טופס הפניה למכללה

להשתתפות בקורס התאמה לעו"ה ממקצועות הבריאות לעבודה במערכת החינוך

שם משפחה: שם פרטי: מספר ת.ז.:

מקצוע

1. למילוי ע"י מנהל מתי"א/א/בי"ס לחינוך מיוחד וע"י המפקח לחינוך מיוחד לעובדים בחיבה עליונה (ומועסקים ע"י בעלויות)

הנ"ל עומד/ת בכל תנאי ההעסקה במערכת החינוך ויש בידיה/ו

- תואר אקדמי מוכר ומאושר ע"י המועצה להשכלה גבוהה או תואר מחו"ל המאושר ע"י משרד החינוך בתחום של מקצועות הבריאות
 - תעודת מקצוע ממשרד הבריאות - לעו"ה ממקצועות הבריאות - הפרעות בתקשורת / ריפוי בעיסוק / פיזיותרפיה.
 - תואר ראשון ותעודת טיפול באמצעות אמנויות / תואר שני בתחום הטיפול באמנויות (עפ"י המחון) – למטפלים באמנויות
 - בעל ותק של שנה אחת לפחות במערכת החינוך
- המלצת מנהל מתי"א/א/בי"ס לחינוך מיוחד

מאושר שיבוץ לשנה"ל בה יתקיים הקורס (לפחות בשליש משרה)

שם המנהל/ת

חתימה _____ תאריך: _____

2. למילוי ע"י המפקח לחינוך מיוחד

מאושר/ת ללמוד בשנת הלימודים בקורס התאמה לעו"ה ממקצועות הבריאות.

שם המפקח לחינוך מיוחד:

חתימה: _____ תאריך: _____