

טופס בקשה להתאמות אישיות לסטודנטים עם מוגבלות פיזית, חושית, נפשית (להלן: "מוגבלות"), בעיה רפואית חמורה וקושי רגשי



סטודנט עם מוגבלות
זכאי לסיוע במילוי הטופס
ניתן לתאם פגישה:
rakaz_dikan@achva.ac.il

***ניתן לקבל סיוע במילוי הטופס במרכז התמיכה**

יש לתאם פגישה מראש באימייל או טלפונית, עד חודש מפתחת סמסטר לשם הצגת אופי המגבלה, הסיוע הנדרש ובקשת התאמות.

שם הסטודנט/ית: _____ ת.ז. _____

כתובת: _____ טל': _____ נייד _____

דוא"ל _____ מסלול _____ שנת לימוד _____

אני מבקש התאמה אישית לשירותי השכלה גבוהה כמפורט להלן

תיאור קצר של סוג המוגבלות ו/או הבעיה הרפואית :

סוג ההתאמה המבוקשת: (יש לסמן את המשבצת הרלוונטית)

התאמות בתכנית לימודים/בלמידה

התאמות בהיבחנות:

אחר:

פרט:

הערות נוספות:

חובה לצרף לבקשה:

סטודנט עם מוגבלות ו/או בעיה רפואית:

× יש לצרף מסמכים ואסמכתאות רלבנטיות ועדכניות בדבר המוגבלות.
× נדרש למלא "טופס חוות דעת רפואית" מרופא מומחה (לא רופא משפחה) בהתאם
לנספח להלן (טופס מצ"ב).
*** לשם טיפול בבקשתך יתכן ותידרש להמציא מסמכים/אישורים/חוות דעת נוספות בהתאם
לנסיבות העניין ומהות הבקשה.
לנוחותך, כדאי לעיין בנוהל התאמות בדרכי היבחנות של המכללה המצוי באתר המכללה בדף
הנגישות של דיקן הסטודנטים.
חתימת הסטודנט: _____

סטודנטים עם מוגבלויות או בעיה רפואית, יש להעביר את הבקשה אל תמר גלעד יקונט, רכזת
נגישות במייל negishut@achva.ac.il 08-8588171 (ניתן להשאיר הודעה)

חוות דעת רפואית/מקצועית

ויתור סודיות :

אני הח"מ הסטודנט/ית : _____ ת.ז. _____
נותן בזאת לד"ר : _____ למסור לרכזת הנגישות במכללה האקדמית
אחווה את כל הפרטים הנוגעים למצב בראותי או שיקומי או כל מחלה שחליתי בה בעבר או שאני
חולה בה כיום, או כל מידע אחר לשם סיוע במהלך לימודי במכללה. בזאת , אני מוותר על
שמירת סודיות רפואית וחובת ההגנה על פרטיותי ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כל
שהוא בקשר למסירת מידע כאמור.

רופא/ה יקר/ה שלום,

הסטודנט/ת פנה בבקשה לקבל התאמות על רקע בעיה רפואית בתחום מומחיותך.
הואיל ומתן התאמות עשוי להפלות לרעה את הסטודנטים האחרים, אנו מקפידים מאד במתן
ההתאמות.

נודה לך אם תארגן את חוות דעתך בצורה הבאה, בכתב יד קריא ככל האפשר :

האם הסטודנט/ת נמצא כרגע תחת טיפולך? כן/לא: מועד ראשוני בו פנה/תה לטיפול: ____/____/____
אנמנזה קצרה ואבחנה רפואית:

כיצד משפיעה הבעיה הרפואית / הטיפול התרופתי על תפקודו של הסטודנט כתלמיד :

המלצות אפשריות להתאמות בתנאי למידה והבחנות בהתאם לסוג המגבלה:

לקות רפואית	לקות פיזית	לקות נויורולוגית	לקות נפשית	לקות ראייה	לקות שמיעה
-	-	-	-	-	השאלת מכשיר M.F אישי
-	כיתה נגישה פיזית	-	-	-	-
-	-	-	-	-	כיתה עם מערכת סאונד
יציאה לשירותים ללא הגבלה	-	-	-	-	-
-	התאמה תנאי הושבה	-	-	התאמה תנאי הושבה	התאמה תנאי הושבה
פריסת מבחנים	פריסת מבחנים	פריסת מבחנים	פריסת מבחנים	פריסת מבחנים	פריסת מבחנים
תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן	תוספת זמן
בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	-	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים	בחינה בחדר עם מיעוט משתתפים
-	הבחנות דרך מחשב	הבחנות דרך מחשב	-	הבחנות דרך מחשב	-
-	חניה נגישה	-	-	-	-
-	הנגשת סיורים	-	-	הנגשת סיורים	הנגשת סיורים
אחר:	אחר:	אחר:	אחר:	אחר:	אחר:

שם הרופא: _____ מומחיות: _____
 מרפאה: _____ טלפון: _____
 מייל: _____ חתימה: _____

טופס ויתור סודיות

שנחתמה ביום _____ בחודש _____ בשנה _____

1. אני הח"מ _____, ת.ז. _____ (להלן: "מוסר המידע") מאשר לצוות דיקן הסטודנטים _____ (להלן: "מקבל המידע") לעשות שימוש במידע רפואי ו/או אחר אודותיי לצורכי סיוע ותמיכה בתקופת לימודיי במכללה האקדמית אחווה.
2. המידע בנושא התנהלותי האקדמית ו/או המנהלית ו/או מידע נוסף רלבנטי יועבר לגורמי מקצוע במכללה ומחוצה לה: חברי סגל מנהלי ואקדמי ו/או אנשי מקצוע בקהילה.
3. הוראות התחייבות זו יחולו אף על העתקים של המידע ו/או חלקו, ככל שיעשו בכתב.
4. מוסר המידע מתחייב לשמור בהקפדה את המידע ולנקוט בכל אמצעי הזהירות הנדרשים לשם מניעת אובדנו. מיכל לא הבנתי את הכוונה
5. מקבל המידע מתחייב לנהוג בדיסקרטיות ולא לפרסם בפומבי את המידע שהתקבל ממוסר המידע ו/או כל חלק הימנו לכל גורם חיצוני אחר בכפוף לכל דין וחוק.

על החתום:

_____ חתימת הסטודנט

_____ שם הסטודנט (להלן: "מוסר המידע")

העד לחתימה:

_____ שם:

_____ תפקיד:

_____ חתימה: