



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

טופס בקשה להתאמות אישיות לסטודנטים עם מוגבלות פיזית, חושית, נפשית (להלן: "מוגבלות"),

בעיה רפואית חמורה וקושי רגשי

***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: (מכינה/תואר) _____ 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 לקות למידה:** יש לצרף אבחון עדכני ממכון מוכר בהתאם לרשום בנוהל התאמות בדרכי היבחנות. חובה לפנות ליועצת מכללה לפני ביצוע אבחון חדש.
יש להעביר את האבחון אל גבי מעיין מיוחס, יועצת המכללה במייל: Tmicha_limudit@achva.ac.il : 08-858095 (ניתן להשאיר הודעה).
 - **סטודנט עם מגבלה או/ו בעיה רפואית:** נדרש למלא "טופס חוות דעת רפואית" מרופא מומחה בהתאם לנספח להלן (טופס מצוי באתר) ולצרף מסמכים ואסמכתאות רלבנטיות ועדכניות בדבר המוגבלות/ הבעיה רפואית מגורם מומחה לעניין המגבלה. (לא יתקבלו מסמכים מרופא משפחה).
יש להעביר את הבקשה אל גבי תמר גלעד יקונט, רכזת נגישות במייל: Negishut@achva.ac.il : 08-8588171 (ניתן להשאיר הודעה).
- *** 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 דיקון הסטודנטים.

תאריך: _____ חתימת הסטודנט. ית: _____

תאריך _____

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 :

נספח 3

המלצות אפשריות להתאמות בתנאי למידה והבחנות בהתאם לסוג המגבלה:

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

_____ חתימה

_____ שם הסטודנט (להלן: "מוסר המידע")

העד לחתימה:

_____ שם:

_____ תפקיד:

_____ חתימה: