



טופס 14 א'

המלצת המרכז הטיפולי חינוכי מחוזי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים (כו"ח) על צרכים הנובעים מהמוגבלות

לכבוד הורי התלמיד/ה: _____ תאריך: _____

הנדון: הנגשה אקוסטית והמלצה על מערכת הגברה מתאימה

במסגרת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות ילדך/ילדתך ת"ז _____ ת"ל _____ מוכרת לנו כתלמיד/ה עם מוגבלות בשמיעה וזקוק/ה להנגשות הבאות (יש לסמן את הסעיף המתאים לפי מצב השמיעה והשיקום השמיעתי של התלמיד/ה):

א. התאמה אקוסטית:

נדרשת התאמה אקוסטית של כיתת הלימוד/גן בהתאם להוראות ת"י 2004 חלק 1 "אקוסטיקה במבנים שאינם למגורים: במרחבי למידה במבני קבע, קריטריונים דרישות תוכן וקווים מנחים".

ב. תאורה:

נדרשת לתאורה חזקה ברחבי הכיתה/הגן אשר תאיר את הלוח ואת פני המורה/הגננת או מתורגמן אך לא תסנוור.

ג. הגברה סביבתית:

ללא הגברה סביבתית בכיתת הלימוד.

מומלצת הגברה סביבתית על פי מפרט מעודכן 0620, סעיפים א-ג לפחות.

מומלצת הגברה סביבתית על פי מפרט מעודכן 0620, כלל הסעיפים.

מפרט מדויק למערכת ההגברה הנבחרת יועבר לרשות/בעלות האחראית על ביצוע ההנגשה.
בהמלצת קלינאי התקשורת: _____

חתימה וחותמת

שם מלא

מסמך זה בתוקף לשנת הלימודים

בברכה,

נאוה ניב

חתימה וחותמת

מנהלת המרכז הטיפולי חינוכי

מפקחת ארצית ממונה על

תלמידים עם מוגבלות חושים

ונגישות פרטנית

טופס זה יודפס עם לוגו המרכז הטיפולי חינוכי מחוזי לתלמידים כו"ח ויהיה חתום על ידי

מנהלת המרכז וקלינאי תקשורת מהמרכז הטיפולי חינוכי מחוזי לתלמידים כו"ח