



## טופס בקשה להתאמות בבחינות עקב בעיות רפואיות/ פיזיות/ נפשיות

סטודנט/ית המבקש/ת התאמות בבחינות עקב בעיות רפואיות/ פיזיות/ נפשיות חמורות מתבקש/ת למלא את הטופס הבא ולצרף אישורים רלוונטיים **מרופא מומחה בלבד**

את טופס הבקשה בצירוף האישורים יש להגיש ליועצות עד חודש לאחר תחילת המכינה

### פרטים אישיים של הסטודנט/ית

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

כיתה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

כתובת מייל: \_\_\_\_\_

תאריך מילוי טופס הבקשה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

א. פרטי/י מהי הבעיה הרפואית/פיזית/נפשית בגינה את/ה מבקש/ת התאמות בבחינות?

---

---

---

---

---

ב. פרטי/י אילו התאמות בבחינות הנך מבקש/ת?

---

---

ג. האם קבלת התאמות בבחינות הברורות ו/או בבחינה הפסיכומטרית עקב הבעיה הרפואית/הפיזית/ הנפשית?

כן (יש לצרף העתק של האישור).

לא

ד. האם קבלת אחוזי נכות מביטוח לאומי עקב הבעיה הרפואית/פיזית/נפשית?

כן (יש לצרף העתק של האישור).

לא



## טופס למילוי על ידי הרופא/ה

### רופא/ה נכבד/ה שלום רב,

טופס זה מופנה אלייך הואיל והסטודנט/ית הגישה בקשה להתאמות במבחנים בגין בעיה רפואית/פיזית/נפשית. התאמות בבחינות על רקע רפואי/פיזי/נפשי ניתנות למספר מצומצם ביותר של סטודנטים הסובלים מהמגבלות הנ"ל. סטודנטים אלו יהיו זכאים להתאמות בבחינות רק אם בעקבות האבחון הרפואי נקבע שהמגבלה היא כל-כך חמורה שאינה מאפשרת לסטודנט לקרא, לכתוב ולשבת בצורה תקינה במהלך הבחינה (הבחינות נמשכות בד"כ שעתיים עד שלוש שעות).

### אנו מודים לך מראש על מילוי חוות הדעת בצורה הבאה:

- הבעיה הרפואית/פיזית/נפשית – פירוט הבעיה וההיסטוריה של הבעיה בהתבסס על ממצאים של בדיקות שנערכו, וכן השלכות הבעיה על התפקוד היום יומי של הסטודנט.
- ההתאמה מומלצת: עליך לציין איזו התאמה הקשורה לבחינות, מומלצת כתוצאה מהבעיה הרפואית/פיזית/נפשית ולאילו תקופה מתייחסת התאמה זאת.

### 1. פרטיים אישיים של הסטודנט/ית:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

### 2. חוות דעת רפואית:

א. פרט את הבעיה הרפואית/פיזית/נפשית:

---

---

---

---

---

ב. ממצאי האבחון הרפואי המצדיקים התאמות בבחינות:

---

---

---

---

---

ג. תרופות המצדיקות התאמות בבחינות:

---

---

---

---

---

ד. הערות:

---

---

---

---

---

### 3. פרטי הרופא/ה:

שם הרופא/ה: \_\_\_\_\_  
מספר רישיון: \_\_\_\_\_  
מומחיות: \_\_\_\_\_  
כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_