

**אישור רופא על מוגבלות ילד**

מספר זהות	שם פרטי	שם משפחה

הנני לאשר, כי

הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998, ונזקק לסיוע אישי בשל מוגבלותו.

**לא מדובר** במקרה שבו מוגבלותו של הילד זמנית וצפויה לחלוף בתוך 60 יום ממועד הופעתה, ואינה צפויה לחזור על עצמה.

\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא

\_\_\_\_\_ תאריך

**הגדרת אדם עם מוגבלות**

(לפי סעיף 5 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998):

**"אדם עם לקות פיזית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית, קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים".**