

**מתי"א כח-ת-10**  
**פני'אין 22**  
טל: 03-6139975 פקס: 03-6120689

**בקשה להתנסות בגן רגיל**

**לכבוד**

הפיקוח על גני הילדים / יועצת גני החינוך הרגיל

**מאת**

גן ח.מ. \_\_\_\_\_ מנהלת הגן: \_\_\_\_\_ טל' הגן: \_\_\_\_\_

כחלק מתוכנית הלימודים האישית, מוצעת לילד הנ"ל התנסות בלמידה בגן רגיל.

שם הילד: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ כתובת מגורים: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_

התנסויות של הילד במסגרות שונות - צהרון, חוגים, קשרים עם ילדי השכונה ועוד:

---

---

---

---

---

---

---

---

עמדת ההורים והתגייסותם לתהליך:

**גן ההתנסות:**

מיקום מועדף לגן (נא להקיף): בקרבת הבית / בקרבת גן החינוך המיוחד

**היקף ההתנסות:**

מספר ימים/שעות: \_\_\_\_\_

**מצורף - מתוך תוכנית הלימודים האישית (תל"א):**

- ✓ תאור כללי של רמת תפקודו של הילד בתחומים השונים.
- ✓ מטרות ויעדים להשגה, במסגרת ההתנסות בגן רגיל.

תאריך: \_\_\_\_\_  
מנהלת גן החינוך המיוחד: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
פסיכולוג הגן: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
יועצת גני החינוך המיוחד: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_