

## אישור על מוגבלות

הנני לאשר, כי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
הוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998, ונוקק  
לסיוע אישי בשל מוגבלותו.

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

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת הרופא \_\_\_\_\_

### הגדרת אדם עם מוגבלות

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

“אדם עם לקות פיסית, נפשית או שכלית לרבות קוגניטיבית,

קבועה או זמנית, אשר בשלה מוגבל תפקודו באופן מהותי

בתחום אחד או יותר מתחומי החיים העיקריים”.