**אישור על מוגבלות**

הנני לאשר, כי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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.

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".**