

דו"ח מפגשי חונך-מתמחה

שם החונך/ת: _____ ת"ז: _____

שם המתמחה: _____ ת"ז: _____

מסגרת ההתמחות (המוסד, שכבת הגיל, המקצועות): _____

מס'	תאריך	מקום המפגש	משך המפגש	נושאי הדיון המרכזיים
.1				
.2				
.3				
.4				
.5				
.6				
.7				
.8				
.9				
.10				
.11				
.12				

חתימת המתמחה

חתימת החונך

תאריך

- המפגשים חייבים להיות פנים מול פנים במשך לפחות 60 דקות כל שבוע.
- שיחות טלפון והתכתבות במחשב לא נחשבות כמפגשים.