

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.