

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_ מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_  
מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
השם משפחה \_\_\_\_\_ השם הפרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ הכיתה \_\_\_\_\_  
תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ \_\_\_\_\_ הכתובת: \_\_\_\_\_  
כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_  
שם ההורה: \_\_\_\_\_ מס' הנייד \_\_\_\_\_ שם ההורה: \_\_\_\_\_ מס' נייד: \_\_\_\_\_  
אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:
  - פעילות גופנית
  - פעילות בחדר כושר
  - טיולים
  - תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)
  - פעילות אחרת: \_\_\_\_\_
  - תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_
  - לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_
  - לתקופה: \_\_\_\_\_
- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').  
לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_  
מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.  
האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_  
השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: \_\_\_\_\_
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו: \_\_\_\_\_
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
- לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן.  
אם כן, פרט לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_ תיאור התגובה: \_\_\_\_\_
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.