



הצהרת בריאות

א. בבית הספר

שם בית הספר: _____ היישוב: _____
אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה: _____ שם פרטי _____ מס' ת"ז _____ כיתה _____ המין: ז / נ
תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____ כתובת הדוא"ל: _____
ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה: _____
שם האם: _____ טלפון הנייד: _____ שם האב: _____ טלפון הנייד: _____

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: _____
4. בני/בתי נוטלים תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____
5. בני/בתי סובלים 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 מתחייבת/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשרת/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותי:

- אני מאשרת/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
- אני מאשרת/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייבת/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
- לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן. אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____
- תיאור התגובה: _____
- אני מאשרת/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.

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך