

הצהרת בריאות

א. בבית הספר שם בית הספר: _____
היישוב: _____
אל: מחנך/ת הכיתה מר/ _____ מאת: הורי התלמיד/ה: _____
המין: ז / נ שם פרטי מס' ת"ז כיתה 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-

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. 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: _____
3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד.) 'לא/כן. פרט: _____

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____
5. 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: _____

6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו: _____

9. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות

10. 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.

11. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן. אם כן, פרט לאיזה חיסון _____
תיאור התגובה _____

12. 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 _____.

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך