



קריית החינוך השש-שנתית ע"ש יצחק נבון - מקיף י"ג, ראשון-לציון  
יוצרים גוונים בחינוך

**טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר**

- שם בית הספר: \_\_\_\_\_ יישוב: \_\_\_\_\_  
אל: מחנך/ת הכיתה מר/גברת \_\_\_\_\_  
מאת הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_  
שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ מס ת"ז: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ  
כתובת: \_\_\_\_\_  
כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_  
ארץ הלידה: \_\_\_\_\_ שנת העלייה: \_\_\_\_\_ מספר הילדים במשפחה: \_\_\_\_\_  
שם הורה 1: \_\_\_\_\_ מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
שם הורה 2: \_\_\_\_\_ מספר טלפון 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 ומעמו, כדלקמן:
    - פעילות גופנית
    - פעילות בחדר כושר
    - טיולים
    - תחרות ספורט של בתי הספר
    - 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 ממאירה וכדומה). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
  - בני/בתי נוטלת/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
  - בני/בתי סובלת/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_  
מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.
  - האישור הרפואי 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 לידע 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/בתי 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.

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך