



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

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאות התלמיד/ה לשנה"ל תשפ"ו

פרטי התלמיד/ה

שם פרטי ומשפחה: _____ מס ת"ז: _____ כיתה: _____

תאריך לידה: _____ טלפון: _____ הקיפו : זכר/נקבה

כתובת: _____

כתובת דוא"ל: _____

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: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית_ כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממאירה וכדומה). 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 הרפואי 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/בתי 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

תאריך