

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

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

### פרטי התלמיד

תאריך לידה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
קופת חולים: \_\_\_\_\_ מספר ילדים במשפחה: \_\_\_\_\_

### פרטי התקשרות

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון סלולרי של התלמיד: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ טלפון סלולרי: \_\_\_\_\_  
שם האב: \_\_\_\_\_ טלפון סלולרי: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_

אנו מצהירים כי (יש לסמן את האפשרות הנכונה):

1. א. לא ידוע לנו על מגבלות בריאותיות המונעות מבננו להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
1. ב. יש לבננו מגבלות בריאותיות המונעות ממנו השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בית הספר ומטעמו, כדלקמן:
  - פעילות גופנית.  פעילות בחדר כושר.  טיולים.  תחרות ספורט של בתי הספר.
  - פעילות אחרת: \_\_\_\_\_.

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי \_\_\_\_\_ לתקופה \_\_\_\_\_.

2. יש לבננו בעיה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכדו'). **לא / כן**. פירוט: \_\_\_\_\_

3. בננו נוטל תרופה/ות באופן קבוע: **לא / כן**. פירוט: \_\_\_\_\_

4. בננו סובל מרגישות לתרופות/למזון/לחומר כלשהו: **לא / כן**. פירוט: \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי \_\_\_\_\_ לתקופה \_\_\_\_\_.

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין הבעיה/הרגישות: \_\_\_\_\_

5. להלן מידע נוסף לגבי בריאות בננו שברצוננו ליידע את בית הספר על אודותיו: \_\_\_\_\_

6. אנו מתחייבים להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים/קבועים שיחולו במצב הבריאות של בננו.

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

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

### ← המשך מעמוד 1

7. אנו מאשרים כי ידוע לנו שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל בננו חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
8. אנו מאשרים מתן חיסונים לבננו לפי תכנית זו, אלא אם נודיע בכתב לאחות בית הספר על התנגדותנו.
9. אנו מתחייבים להעביר את פנקס החיסונים כנדרש (או עותק שלו).
10. לבננו היתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר: **לא / כן**.  
לחיסון: \_\_\_\_\_ . תיאור התגובה: \_\_\_\_\_ .
11. אנו מאשרים כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור בננו בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם נודיע בכתב לאחות בית הספר על התנגדותנו.
12. אנו מאשרים לתת לבננו תרופות להורדת חום ולשיכוך כאבים, לפי הצורך ועל פי הוראת האחות.
13. אנו מאשרים לצוות בית הספר לטפל בבננו במצבים דחופים וכן לשלוח אותו לטיפול רפואי במידת הצורך.
14. אנו מאשרים מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בננו.

חתימת האם: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_

חתימת האב: \_\_\_\_\_ מספר זהות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_