



טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

פרטי התלמיד

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מספר זהות: _____
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.

המשך בעמוד 2 ←



טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

← 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: _____