

הצהרת בריאות שנה"ל תש"פ

מאת הורי התלמיד:

שם פרטי שם משפחה ת.ז. כחה

תאריך הלידה: _____

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה _____

שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

אני מצהיר/ה כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר מטעמו.
2. יש לבני מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות הנדרשת בבית הספר ומטעמו כדלקמן:
 - ◀ פעילות גופנית
 - ◀ טיולים
 - ◀ פעילות אחרת: _____
 - ◀ תיאור המגבלה: _____
 - ◀ מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה _____
3. יש לבני מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').
לא/כן. פרט: _____
4. בני נוטל תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____
5. בני סובל 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.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו: _____

9. מצ"ב צילום פנקס חיסונים של בני.

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך

לתלמידי כתות ז', ח', ט'

טופס אישור הורים לצוות הבריאות בבית הספר למתן חיסונים ולבדיקות

מאת: הורי התלמיד: _____
השם הפרטי ושם המשפחה מס' ת"ז הכיתה

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

2. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

3. לבני הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן.

פרט באיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____

4. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמיד יעבור בני בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מודעת/ת לחשיבות נוכחותי בבדיקה.

אני מאשר/ת כי בהיעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.

_____ חתימת ההורים

_____ שם ההורים

_____ התאריך