

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

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_

אל: \_\_\_\_\_ מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_

השם הפרטי	מס' ת"ז	הכיתה
תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ		

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 (סמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן:
  - פעילות גופנית
  - פעילות בחדר כושר
  - טיולים
  - תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)
  - 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 ממארת וכד'). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
4. בני/בתי נוטלת/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
5. 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 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 חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. בכיתה זו נערכות בדיקות גדילה. **חתימה על מסמך זה מהווה אישור לאחות ביה"ס לערוך לבני/בתי בדיקות גדילה.\***
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו:

---

---

---

חתימת ההורים

---

שמות ההורים

---

תאריך

\*הורה שלא מעוניין שאחות ביה"ס תערוך בדיקת גדילה לבנו/ בתו יכתוב במפורש על מסמך זה בכתב ידו "אינני מאשר לאחות ביה"ס לערוך בדיקת גדילה לבני/ בתי" ויחתום.