

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 מתחייבת/להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. אני מאשרת/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.