



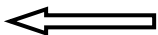
**טופס הצהרת ההורים על מצב בריאות ילדם בבית הספר – לתלמידי כיתות ח'**

**(מתוך חוזר מנכ"ל תשע"א 1-2.2)**

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_  
אל: \_\_\_\_\_ מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_  
מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
השם הפרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ הכיתה \_\_\_\_\_  
תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/ג  
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):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- 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: \_\_\_\_\_
- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- בני/בתי נוטלת/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- 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. אני מאשר/ת מתן מידע למורה המופקד/ת על הנושאים הכרוכים במאמץ גופני בכל הקשור למגבלתו/ה להשתתף בפעילות גופנית.
9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

---

---

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך

על פי תכנית החיסונים השגרתית, הנהוגה במדינת ישראל ובהמשך להודעת משרד החינוך מעל דפי העיתונות, בשנת הלימודים הקרובה תקבל/יקבל בתכם/בנכם חיסון משולש נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס) ושעלת (dTap). החיסון יינתן בזריקה אחת. תקבלו מכתב הכנה לפני מתן החיסון.

### טופס אישור הורים לצוות הבריאות בבית הספר למתן חיסונים ולבדיקות

מאת: הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_  
השם הפרטי ושם המשפחה      מס' ת"ז      הכיתה

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
2. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר.
3. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
4. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן.

פרט באיזה חיסון: \_\_\_\_\_

תיאור התגובה: \_\_\_\_\_

---

חתימת ההורים

שם ההורים

התאריך