

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

(מתוך חוזר מנכ"ל תשע"א 1-2.2)

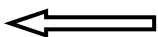
שם בית הספר: _____ הישוב: _____
 אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____
 מאת: הורי התלמיד/ה _____
 השם הפרטי _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____
 תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ _____
 הכתובת: _____
 כתובת הדוא"ל: _____
 ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה _____
 שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
 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 נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____

5. בני/בתי סובל/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: _____





מועצה אזורית
עמק-יזרעאל



עמקים-תבור
מוסד חינוכי Regional High School

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 :

תאריך שמות ההורים חתימת ההורים

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 (dtp). 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 : _____

התאריך שם ההורים חתימת ההורים