



הצהרת בריאות

א. בבית הספר:

שם בית הספר: _____ היישוב: _____

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה: _____ שם ת"ז _____ מס' ת"ז _____ כיתה _____ המין: ז / נ

תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____ כתובת הדוא"ל: _____

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

שם האם: _____ טלפון הנייד: _____ שם האב: _____ טלפון 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: _____
- כני/בתי נוטלת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____
- בני/בתי סובלת/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: _____
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידיע את בית הספר על אודותי: _____
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
- לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן. אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____
- תיאור התגובה: _____
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.