



טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר לשנת תשע"ט:

אל: מחנך/ת הכיתה, מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

שם הפרטי+ שם משפחה _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____

תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ כתובת: _____ שם האם: _____

מס' הטלפון הנייד: _____ שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

א. אני מצהיר/ה כי **(סמן את האפשרות הנכונה)**:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן: פעילות גופנית, טיולים, תחרות ספורט של בתי הספר, פעילות אחרת: _____ תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____ לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן.

פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פירוט: _____

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פירוט: _____

אם סומן "כן" באחד מהסעיפים 2-5 לפחות, יש לצרף את המסמכים האלה:

- סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.

- מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.

- מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית. האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

ב. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

ג. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

ד. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו: _____

ה. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות, לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים

הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:

- בכיתה א': חיסון נגד חצבת - חזרת - אדמת - אבעבועות רוח

- בכיתה ב': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - שיתוק ילדים (פוליו) - חיסון

נגד שפעת

- בכיתה ג': חיסון נגד שפעת

ו. 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.

ז. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר: לא/כן אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____

ט. אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקת בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי

האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך