



**טופס רישום לחטיבה א' רוגוזין לשנה"ל הלימודים תשפ"ב**

**פרטי תלמיד**

ת.ז. / דרכון	תאריך לידה	מגדר: זכר / נקבה
שם פרטי	לאום	
שם משפחה	ארץ לידה	תאריך עליה

**נתונים בית ספריים**

שכבה / כיתה _____	
אחים (עד גיל 18)	
קופת חולים	
שפת דיבור	שפת דיבור משנית
מגבלה רפואית	
בי"ס מזין:	הערה
תושב חוזר - לא / כן	תלמיד אורח - לא / כן

**כתובת**

יישוב	שכונה
רחוב	מספר בית
מספר דירה	כניסה
טלפון בית	נייד תלמיד
דוא"ל תלמיד	

**פרטי אב**

ת.ז.		שם פרטי		תאריך לידה	
לאום		שם משפחה		ארץ לידה	
מצב משפחתי		סטטוס אפוטרופוס			
שפת דיבור		שנות לימוד		עיסוק	
משלם		כן / לא		תואר	
מגבלות משפטיות		כן / לא			
נא למלא רק במידה והכתובת שונה מכתובת התלמיד		ישוב		שכונה	
רחוב		מספר בית			
מספר דירה		כניסה			
טלפון בית		נייד אב			
דוא"ל אב					

**פרטי אם**

ת.ז.		שם פרטי		תאריך לידה	
לאום		שם משפחה		ארץ לידה	

מצב משפחתי		סטטוס אפוטרופוס			
שפת דיבור		שנות לימוד		עיסוק	
משלם		כן / לא		תואר	
מגבלות משפטיות		כן / לא			
נא למלא רק במידה והכתובת שונה מכתובת התלמיד		ישוב		שכונה	
רחוב		מספר בית			
מספר דירה		כניסה			
טלפון בית		נייד אם			
דוא"ל אם					

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



**טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר – שנה"ל תשפ"ב**

א. הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

בית הספר: _____	היישוב: _____	
אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____		
מאת: הורי התלמיד/ה: _____		
שם פרטי ושם משפחה _____	מס' ת.ז. _____	כיתה _____

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ

הכתובת: \_\_\_\_\_

כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_

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/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת 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 \_\_\_\_\_

לתקופה: \_\_\_\_\_

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

פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות: \_\_\_\_\_

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: \_\_\_\_\_

לתקופה: \_\_\_\_\_

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

פרט: \_\_\_\_\_

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

פרט: \_\_\_\_\_

6. במידה וסומן כן בלפחות אחת מהשאלות 2-5, יש לצרף:

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

ב. 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: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:

- בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה(דיפתריה) – פלצת ( טטנוס)-שעלת חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV).

11. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

12. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא /כן

אם כן, פרט לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_  
תיאור התגובה: \_\_\_\_\_

13. 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.

14. 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.

15. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון – SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

16. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך



תאריך: \_\_\_\_\_

**טופס ויתור סודיות להעברת מידע – תשפ"ב**

אני הח"מ, \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

הורה התלמיד/ה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מבי"ס \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_

מוותר/ת על סודיות נתונים ומאפשר/ת בזאת העברת מידע רלוונטי: מהשירות הפסיכולוגי, בתי ספר קודמים שבהם למד/ה התלמיד/ה וכן איבחונים, במידה ונעשו כאלה.

מידע זה חשוב לצורך קליטתו של בנכם/בתכם בצורה מיטבית בחטיבת הביניים בשנה"ל תשפ"ב.

על החתום:

שם ההורה: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

- במידה וההורים גרושים יש להקפיד להחתים את שני ההורים.



לכבוד  
הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_

שלום רב,

הנדון : קבלת הסכמתכם להכללת בנדך /בתך בפעילויות  
אתר האינטרנט ובעיתון ביה"ס - שנה"ל תשפ"ב

**1. כתובת האתר היא:**

- מאגר חומרי למידה.
- תכניות לימודים וחומרי למידה – הוראה של צוות המורים.
- למידה מרחוק עם צוות מורי ביה"ס וגופים חינוכיים המקובלים על הנהלת ביה"ס.
- הצגה של עבודות תלמידים.

**באתר נכללים/יכללו התכנים האלה:**

בכל תחומי הדעת שצוות ביה"ס יחליט בהתאם להוראות למשרד החינוך. לא יכללו באתר כתובות המגורים של התלמידים, מספרי טלפון או מידע רגיש לגבי תלמידים על צנעת אישיותם, אודות משפחתם ומצבם הכלכלי או ציונים והערכות לימודיות.

**ברצוננו לשלב את הנושאים הבאים בפעילויות האתר:**

- א. רישום שמות תלמידים.
- ב. כתובות הדוא"ל של התלמידים.
- ג. הצגת תמונות קבוצתיות של התלמידים ללא ציון שמותיהם.
- ד. שימוש בקולות תלמידים.
- ה. שיתוף תלמידים בפורומים, בלוגים, אתרי וויקי.
- ו. פרסום חיבורים או הבעת דעות של תלמידים.

**2. הננו מאשרים פרסום תמונות של בננו /בתנו בעיתון בית הספר ובפרסומים חינוכיים.**

כדי לכלול את בנכם/בתכם בפעילויות הנ"ל עלינו לקבל את הסכמתכם המפורשת לכך. נא מלאו הטופס הרצ"ב, אשרו אותו בחתימתכם ושלחוהו לבית הספר. אם תשנו בעתיד את דעתכם ותרצו לחזור בכס לגבי הפעילויות המופיעות בטופס, כולן או חלקן, תוכלו לפנות אלינו בכתב ונמלא את בקשתכם.

**בכבוד רב,**

ענת אסולין  
מנהלת ביה"ס

**א י ש ו ר**

לכבוד  
מנהלת בית הספר, גב' ענת אסולין

בתשובה למכתבך ובכפיפות לאמור בו, הריני להביע את הסכמתי לשיתוף בני/ בתי \_\_\_\_\_  
מכיתה \_\_\_\_\_ בפעילויות האלה.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם התלמיד: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



תאריך: \_\_\_\_\_  
סימוכין: 39 - 3 עו'

**טופס עדכון הקשר והעברת מידע לשני ההורים – תשפ"ב**

(מיועד למשפחות חד הוריות, הורים גרושים).

התאריך \_\_\_\_\_  
שם התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
הכיתה \_\_\_\_\_

**דרכי התקשורת עם ההורים**

שם ההורה אשר הילד נמצא בחזקתו \_\_\_\_\_  
הכתובת \_\_\_\_\_ הדוא"ל \_\_\_\_\_  
הטלפון \_\_\_\_\_  
שם ההורה האחר \_\_\_\_\_  
הכתובת \_\_\_\_\_ הדוא"ל \_\_\_\_\_  
הטלפון \_\_\_\_\_

פירוט החלטות שיפוטיות בעניין הילד הנוגעות לענייני חינוך, לרבות הסדרי ראייה (במידת האפשר יש לצרף מסמכים רלוונטיים).

\_\_\_\_\_

הסדרת הקשר והעברת המידע (כגון העברת מידע שוטף, דיווחי התנהגות, ציונים, תעודות, תאונות שהיו לתלמיד במוסד החינוכי או בפעילות מטעמו וכדומה).

\_\_\_\_\_

פירוט השתתפות ההורים באסיפות ובפעילות של המוסד החינוכי (כגון טיולים, טקסים וכדומה).

\_\_\_\_\_

שם ההורה \_\_\_\_\_  
חתימת ההורה \_\_\_\_\_  
חתימת מחנכת או יועץ \_\_\_\_\_