



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

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 נוטלת/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן

פרט: \_\_\_\_\_

5. בני/בתי סובלת/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