

שם התלמיד:

שם פרטי ושם משפחה

מס' ת.ז.

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