

## טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ . ישוב: \_\_\_\_\_ .

שם מחנך הכיתה מר/גב': \_\_\_\_\_ .

מאת הורי התלמיד: \_\_\_\_\_ תאריך לידה : מין : ז/נ

שם פרטי ת.ז. כיתה

כתובת : \_\_\_\_\_ .

דוא"ל: \_\_\_\_\_ .

שם האם: \_\_\_\_\_ טלפון נייד : \_\_\_\_\_ .

שם האב : : \_\_\_\_\_ טלפון נייד : \_\_\_\_\_ .

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותית המונעת מבני/בתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

2. יש לבני/ביתי מגבלות בריאותית המונעת מבני/בתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

-פעילות גופנית

-פעילות בחדר כושר

-טיולים

-תחרות ספורט של בתי הספר.

פעילות אחרת : \_\_\_\_\_ .

תיאור המגבלה : \_\_\_\_\_ .

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן ע"י

לתקופה : \_\_\_\_\_ .

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

פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות : \_\_\_\_\_ .

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן ע"י

לתקופה : \_\_\_\_\_ .

4. בני /ביתי נוטל/ת תרופות באופן קבוע כן/לא

פירוט: \_\_\_\_\_ .

5. בני/ בתי רגיש/ה לתרופות /מזון כן/לא

פירוט: \_\_\_\_\_ .

אם סומן כן באחד מהסעיפים 2-5 לפחות, יש לצרף מסמכים האלה :

- סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או מזון .
- מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה .
- מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית .
- האישור ניתן ע"י \_\_\_\_\_ לתקופה \_\_\_\_\_ .

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

ג. 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 ליידע את בית הספר על אודותיו.

\_\_\_\_\_ .  
אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/ביתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת ע"י משרד החינוך.

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

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

לבני/ בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר כן/לא

אם כן, פרט לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_ .

תיאור התגובה: \_\_\_\_\_ .

ו. אני מאשר כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/ביתי בדיקות סקר עי צוות הבריאות , אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר .

ז. אני מאשר לבני/ביתי לעבור בדיקת בריאות הפה ושיניים עי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

ח. אני מאשר/ת את הסכמתי לקבל מסרון / SMSאודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד

לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש לצור קשר עם:

תאריך שמות ההורים חתימה