



הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד

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

אני מצהיר/ה כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית-הספר ומטעמו.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:
 - פעילות גופנית
 - טיולים
 - פעילות אחרת: _____
 - תיאור המגבלה: _____
 - מצורף אישור רפואי שניתן ע"י: _____
 - לתקופה: _____
3. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, מחלה ממארת וכד'):
 - מצורף אישור רפואי המעיד על המגבלה ומתאר את מהותה שניתן ע"י: _____
 - לתקופה: _____
 - שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____
4. בני/בתי נוטל תרופה/ ות באופן קבוע: לא / כן , נא פרט _____
5. בני/בתי סובל מרגישות לתרופות, מזון / אחר: לא / כן , נא פרט _____
6. לבני/בתי היתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר: לא / כן , נא פרט _____
7. מידע נוסף רלבנטי למצב הבריאות של בני/בתי _____
8. אני מאשר/ת כי ידוע שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית חיסונים הנקבעת מראש על פי הנחיות משרד הבריאות.
9. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבתי/בני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך/ת הכיתה או לאחות בית הספר, ומתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
10. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה או לאחות בית הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאות הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
11. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא/ה אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מודע/ת לחשיבות נוכחות בבדיקה ומתחייב להגיע אליה. אני מאשר/ת כי בהעדרי תקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.
12. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותית של בני/בתי.
13. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.
14. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע אודותיו את בית הספר: _____

תאריך _____ שמות ההורים: _____ חתימת ההורה: _____