



טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר – שנת הלימודים תשפ"א

שם בית הספר: _____ היישוב: _____

אל: מחנך/ת הכיתה, מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

השם הפרטי מס' ת"ז הכיתה

תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

-פעילות גופנית

-פעילות בחדר כושר

-טיולים

-תחרות ספורט של בתי הספר

-פעילות אחרת: _____ תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

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

פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות:

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

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

פירוט: _____

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

פירוט: _____

אם סומן "כן" באחד מהסעיפים 2-5 לפחות, יש לצרף את המסמכים האלה:



- סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.
- 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 _____.
- ב.אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- ג.אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- ד.להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידיע את בית הספר על אודותיו:

ה.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 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 ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)
- ו.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.
- ז.לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן

אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____

ח.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.

ט.אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקות בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

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

יא.לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: _____ מספר טלפון: _____

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך