

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

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 נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן.

פירוט: \_\_\_\_\_

5. בני/בתי סובל/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 ד': 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 בדיקת 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