



טופס הצהרת הורים על מצב בריאותו של התלמיד/ה בבית הספר

שם בית הספר: _____ היישוב: _____
אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה: _____ מס' ת"ז: _____ כיתה: _____
תאריך לידה: _____ מין: ז / נ הכתובת: _____
כתובת דוא"ל: _____
שם האם: _____ מס' נייד: _____
שם האב: _____ מס' נייד: _____

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

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.

- פעילות בחדר כושר.

- טיולים.

- תחרות ספורט של בתי הספר.

- פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן ע"י: _____ לתקופה: _____

3. יש לבני/בתי מגבלה 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 ליידע את בית הספר על אודותיו

- ה. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית 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 חסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
- ז. לבני/בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן.

אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____
תיאור התגובה: _____

- ח. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על-ידי צוות הבריאות אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי 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 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: _____
שם: _____ מספר טלפון: _____

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך

עמוד 2 מתוך 2

מתוך חוזר מנכ"ל משרה"ח תשע"ח.