

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: _____ היישוב: _____

אל: מחנכת הכיתה, גב' _____

פרטי התלמיד/ה _____

השם הפרטי והמשפחה _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____

תאריך הלידה: _____ המיך: ז / נ _____

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

1. 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

- טיולים

- 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: _____

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

3. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
4. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידיע את בית הספר על אודותיו:

-
5. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד, תקבל 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' ו-ד': חיסון נגד שפעת
 - בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת
6. 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.
7. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא / כן

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

8. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות גדילה ראייה ושמיעה על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.
9. 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.
10. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: _____
מספר טלפון: _____

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך