



קריית החינוך ע"ש גינסבורג-יבנה

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

תשפ"א

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

השם הפרטי + משפחה מס' ת"ז הכיתה

תאריך הלידה: _____ המין: ז/ג

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

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

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- 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: _____
- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן.
פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות: _____
לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____
לתקופה: _____
- בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן.
פרט: _____
- בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן.
פרט: _____
- במידה וסומן כן בלפחות אחת מהשאלות 2-5 יש לצרף:
א. סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.
ב. 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: _____

7. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
8. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו:

10. 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 ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) – שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)

11. 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.

12. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן

אם כן, פרט לאיזה חיסון:

תיאור התגובה:

13. 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.

14. 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.

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

16. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם:

מספר טלפון:

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך