

**הצהרת בריאות****א. בבית הספר**

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_  
 אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_  
 מאת: הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_ המ"ן: ז / נ  
 תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ הכתובת: \_\_\_\_\_ כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_  
 ארץ הלידה: \_\_\_\_\_ שנת העלייה: \_\_\_\_\_ מס' הילדים במשפחה: \_\_\_\_\_  
 שם האם: \_\_\_\_\_ טלפון הנייד: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ טלפון הנייד: \_\_\_\_\_

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות 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 (בכיתות ז'-י"ב)  
 - פעילות אחרת: \_\_\_\_\_  
 - תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_  
 לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_
3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').  
 לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
4. בני/בתי נוטלת/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
5. בני/בתי סובלת/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_  
 מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.  
 האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_  
 השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: \_\_\_\_\_
6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שכרצוני לידע את בית הספר על אודותיו: \_\_\_\_\_
9. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
10. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
11. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן. אם כן, פרט לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_  
 תיאור התגובה: \_\_\_\_\_
12. 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.

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך