

**א. 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: \_\_\_\_\_
- ארץ הלידה: \_\_\_\_\_ שנת העלייה: \_\_\_\_\_ מס' הילדים במשפחה \_\_\_\_\_
- שם האב: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_
- שם האם: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_
- אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):
- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות 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 (בכיתות ז'-י"ב)
    - פעילות אחרת: \_\_\_\_\_
- תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_
- לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_
- לתקופה: \_\_\_\_\_
- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- בני/בתי סובל/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 שברצוני 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

**ב. טופס בקשה לקבלת מידע והנחיות מרופא מטפל לגבי תלמידים במצבי בריאות מיוחדים**

אל: הרופא המטפל

נודה לך על מתן מידע רפואי הדרוש לצוות החינוכי להיערכות בשגרה ולמתן סיוע בעת הצורך בשעות פעילות המוסד החינוכי וכן למצבי חירום אפשריים הנובעים ממצבו הבריאותי של התלמיד ודורשים סיוע או התייחסות מתאימה על ידי צוות המוסד החינוכי.

שם הילד: \_\_\_\_\_ מס' תעודת הזהות: \_\_\_\_\_

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ הכתובת: \_\_\_\_\_

האבחנות

---

---

---

ההתייחסות הנדרשת בשעות הלימודים

---

---

---

הטיפול והסיוע המומלצים בשעת חירום (יש לפרט: תכשיר, מינון ומועד מומלץ לשימוש)

---

---

---

---

---

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

ג. טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בגן הילדים

גן הילדים: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_

אל: הגנת מנהלת הגן: \_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

השם הפרטי ושם המשפחה      מס' ת"ז      הגיל

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעת מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בגן ומטעמו.

2. יש לבני/לבתי בעיות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנערכת בגן ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית

- טיולים

- 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה ומתאר את מהותה. האישור ניתן על ידי:

\_\_\_\_\_

לתקופה: \_\_\_\_\_

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

\_\_\_\_\_

4. אני מתחייב/ת להודיע לגנת מנהלת הגן על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

5. אני אחראי/ת לוודא שצוות הגן יקבל הנחיה לגבי העזרה הראשונה הנדרשת לבני/לבתי במקרה חירום בשל מצבו/ה הבריאותי.

חתימת ההורה

שם ההורה

התאריך