

# טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ הישוב: \_\_\_\_\_  
אל: מחנקות/הכיתה, מר/גב' \_\_\_\_\_  
מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
השם הפרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ הכיתה \_\_\_\_\_  
הכתובת: \_\_\_\_\_  
כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_  
שם האב: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_  
א. אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבי/מבנת להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, סרקמן:

-פעילות גופנית  
-פעילות בחדר כושר  
-סילים  
-תחרות ספורט של בתי הספר  
-פעילות אחרות: \_\_\_\_\_  
תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_  
לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_  
לתקופה: \_\_\_\_\_

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כחנית לא/כן.  
פירוס מהות המחלה והמגבלות בפעילות:

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_  
לתקופה: \_\_\_\_\_

4. בני/בתי מסלית תחפה/טת באופן קבוע לא/כן.

פירוס: \_\_\_\_\_

5. בני/בתי סובלת מרגישות לתחפות או למזון לא/כן.

פירוס: \_\_\_\_\_

אם סומן "כן" באחד מהסעיפים 2-5 לפחות, יש לצרף את המסמכים האלה:

- סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתחפה או למזון.
  - מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות חפא למהות הבעיה הרפואית וסלל את המגבלות הנגזרות ממנה.
  - מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים המכחית.
- האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_

- ב. אני מתחייבת/ל להודיע למחנקות/הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- ג. אני מאשרת/מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- ד. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצמי לידע את בית הספר על אודותינו:

ה. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות, לתלמיד יקבל/תקבל בני/כתי 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 (דפטריה) - פלצת (סטסוס) - שעלת - שיטוק ילדים (פוליו) - חיסון נגד שפעת
- בכיתה ג': חיסון נגד שפעת
- בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דפטריה) - פלצת (סטסוס) - שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)

ו. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייבת/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

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

אם כן, פרס לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_

תיאור התגובה: \_\_\_\_\_

ח. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעברו/תעבר בני/כתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.

ט. אף מאשר כי בני/לבתי יעברו בדיקות בריאות הפה והשיניים על ידי חפא שיבים ויקבלו הדרכה של שיניית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

י. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אוחות בדיקות וחיסונים שילדי אמר לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

יא. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכתובה יש ליצר קשר עם: \_\_\_\_\_

מספר סלפון: \_\_\_\_\_

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך