



בית הספר המשותף לכפר שמריהו ולחוף השרון
שנת הלימודים תשפ"א

הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד בבית הספר

בית הספר: _____ היישוב: _____

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה: _____

שם פרטי ושם משפחה מס' ת"ז כיתה

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 (שיעורי ספורט, טניס, שחייה, אופניים)

• טיולים

• פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה

ממארת וכד'י). לא/כן. פרט: _____

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____

5. 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 שניתן על

ידי: _____ לתקופה: _____

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

6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב

הבריאות של בני/בתי.

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים ו/או לצוות הבריאות המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל

הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע אודותיו את בית הספר:

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך



בית הספר המשותף לכפר שמריהו ולחוף השרון
שנת הלימודים תשפ"א

הצהרת ההורים לצוות הבריאות בבית הספר – חיסונים

מאת: הורי התלמיד/ה: _____
השם הפרטי ושם המשפחה _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.

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

3. לבני/בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן. פרט: _____

4. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא או אחות אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מודעת/ת לחשיבות נוכחותי בבדיקה. אני מאשר/ת כי בהעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.

תאריך _____ שם ההורים _____ חתימת ההורים _____