



בית הספר המשותף לכפר שמריהו ולחוף השרון

**שלום כיתה א' / שנת הלימודים תשפ"א**

להורים שלום,

המעבר לכיתה א' מלווה בחששות. על מנת שנוכל להקל בקליטת ילדיכם, אנא מלאו את הפרטים הבאים, הדפיסו אותם והביאו ליום הרישום.

**נתונים על התלמיד/ה:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
מין: ז/ג ת. זהות: \_\_\_\_\_  
כתובת מגורים: רחוב \_\_\_\_\_ מס: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_  
מיקוד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
ארץ לידה: \_\_\_\_\_ ת. לידה: יום: \_\_\_\_\_ חודש: \_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_  
תאריך עליה: \_\_\_\_\_ קופת חולים: \_\_\_\_\_ שפת דיבור: \_\_\_\_\_  
הילד/ה מתגורר/ת עם שני ההורים / רק עם אבא / רק עם אמא / אחר \_\_\_\_\_  
מקום הילד במשפחה: בכורה / צעירה / יחיד/ה / אצע/ית, מס' אחים בבית: \_\_\_\_\_  
ילדינו אובחן / טופל בעבר: כן / לא במידה וכן, סמנו את סוג האבחון/ טיפול שקיבל/ה: \_\_\_\_\_  
מכון להתפתחות הילד הערכה פסיכולוגית הערכה פסיכיאטרית טיפול ריגשי  
גנת שי"ח קלינאית/תקשורת מרפא/ה בעיסוק אחר: \_\_\_\_\_  
פרטים נוספים שחשוב שנדע: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת לגנות \_\_\_\_\_ מגן \_\_\_\_\_ למסור ליועצת בי"ס גשר כל מידע רלבנטי הנוגע לבני/בתי (במקרה של הורים פרודים/ גרושים נדרשת חתימת שני ההורים)

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_



בית הספר המשותף לכפר שמריהו ולחוף השרון

**נתונים על המשפחה:**

**שם הורה 1:** \_\_\_\_\_ ת. זהות: \_\_\_\_\_  
עיסוק: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_ שנות לימוד: \_\_\_\_\_  
כתובת מגורים: רחוב \_\_\_\_\_ מס: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_  
טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ פלפון: \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה באנגלית: \_\_\_\_\_  
מצב משפחתי: נ / ג / הורות יחידנית / אחר \_\_\_\_\_

**שם הורה 2:** \_\_\_\_\_ ת. זהות: \_\_\_\_\_  
עיסוק: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_ שנות לימוד: \_\_\_\_\_  
כתובת מגורים: רחוב \_\_\_\_\_ מס: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_  
טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ פלפון: \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_ שם פרטי ומשפחה באנגלית: \_\_\_\_\_  
מצב משפחתי: נ / ג / הורות יחידנית / אחר \_\_\_\_\_

**שיבוץ חברים בכיתה:** אנא כתבו שלוש אפשרויות לשיבוץ חברים/ות בכיתה.

**שימו לב, אין משמעות לסדר הבחירה,** בחירה של פחות מ 3 חברים תצמצם את איכות השיבוץ ותעביר את

הבחירה לצוות בית הספר. אנו מתחייבים לשבץ לפחות חברה/ אחד/ת מהרשימה.

שם פרטי	שם משפחה



בית הספר המשותף לכפר שמריהו ולחוף השרון

### הצהרה על מצב בריאות ילדם

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_  
שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_  
מס' ת"ז \_\_\_\_\_  
הכיתה \_\_\_\_\_  
תאריך הלידה של התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
המין ז/נ \_\_\_\_\_  
הכתובת: \_\_\_\_\_  
שם הורה 1: \_\_\_\_\_  
מס' הטלפון הנייד \_\_\_\_\_  
שם הורה 2: \_\_\_\_\_  
מס' הטלפון הנייד \_\_\_\_\_

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאות המונעות מבני / מבתי להשתתף בכל פעילויות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני / לבתי מגבלות בריאות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו.  
כדלקמן:
  - פעילות גופנית
  - טיולים
  - תחרות ספורט של בתי הספר
  - פעילות אחרת: \_\_\_\_\_
  - תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_
  - לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_
  - לתקופה: \_\_\_\_\_
3. יש לבני / לבתי בעיה כרונית. לא/כן.  
פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות:  
\_\_\_\_\_  
לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_  
לתקופה: \_\_\_\_\_
4. בני/ בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן.  
פרט: \_\_\_\_\_
5. בני/ בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן.  
פרט: \_\_\_\_\_
6. במידה וסומן כן בלפחות אחת מהשאלות 2-5 יש לצרף:  
א. סיכום ומידע רפואי עדכני המעיד על המצב הריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.



## בית הספר המשותף לכפר שמריהו ולחוף השרון

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 להודיע למחנך/ת הכיתה בבית הספר על בני/ בתי על שינוי או הגבלה שיחולו במצב הבריאות של בני/ בתי.
8. אני מאשר מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע 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 א': חיסון נגד חצבת- חזרת- אדמת- אבעבועות רוח
  - בכיתה ב': חיסון נגד אסכרה(דיפתריה) – פלצת (טטנוס)- שעלת- שיתוק ילדים (פוליו)- חיסון נגד שפעת.
  - בכיתה ג': חיסון נגד שפעת.
  - בכיתה ד': חיסון נגד שפעת.
11. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
12. לבני/ לביתי 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 בדיקות 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. לפני כן, מאשר מתעוררת בעיה רפואית במחלה כרונית יש ליצור קשר עם:  
שם: \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_



בית הספר המשותף לכפר שמריהו ולחוף השרון

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך

### אישור צילום

במסגרת אירועים ופעילויות בבית הספר ובקהילה אנו נוהגים לצלם תמונות וסרטונים.  
חלק מהתמונות והסרטונים אנו מעלים לאתר האינטרנט של בית הספר או שולחים בדוא"ל בתפוצה פנימית,  
הנני מאשר/ת לצלם את בני/בתי ולעשות שימוש בתמונה בפרסומים פנימיים בלבד.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_