

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: רב תחומי עמל ליידי דייז היישוב: תל אביב

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב'

מאת: הורי התלמיד/ה

השם הפרטי _____ מס' ת"ז _____ עולה לכיתה _____

תאריך הלידה: _____ המין: ז/ג

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

שם הורה 1: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם הורה 2: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות 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

- פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית 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: _____

המשך הצהרת בריאות

6. במידה וסומן כן בלפחות אחת מהשאלות 2-5 יש לצרף:

- א. סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.
- 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/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
8. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע 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 ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) – שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)

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

12. לבני/לבתי 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 לבית הספר.

14. אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקת 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 מייל / מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

16. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם:

מספר טלפון: _____

תאריך שמות ההורים חתימת ההורים