**הצהרת ההורים על מצב בריאותו של התלמיד/ה**

אל בית הספר: **חט"ב ה"יובל"** **במבשרת ציון**.

לידי מחנך/ת הכיתה מר/גב' לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

מאת: הורי התלמיד/ה:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם פרטי ושם משפחה | מס' ת"ז | כיתה |
| לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. | לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. | לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |

תאריך הלידה: לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.המין: זכר/נקבה. בחר פריט.

שם האם: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.מספר הטלפון הנייד: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

שם האב: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.מספר הטלפון הנייד: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

חבר בקופת חולים: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. רופא מטפל: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 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: |

בחר פריט

|  |
| --- |
|[ ]  פעילות גופנית |
|[ ]  טיולים |
|[ ]  תחרות ספורט של בית הספר |
|[ ]  פעילות אחרת: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. |

 תיאור המגבלה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט. לתקופה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

3. יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון מחלה ממארת וכד').לא/כן. פרט: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

 לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: בחר פריט.. פרט: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: בחר פריט. פרט:לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או מזון ומתאר את
 מהותה. האישור ניתן על ידי: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.לתקופה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

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 חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב
 הבריאות של בני/בתי.

8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר אודותיו:לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 תאריך לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. שם ההורים לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 חתימת ההורים

**לחצו פעמיים על התיבה לחתימה עם העכבר**



**טופס אישור הורים לצוות הבריאות בבית הספר למתן חיסונים ולבדיקות**

מאת: הורי התלמיד/ה:

 שם פרטי ושם משפחה לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 מס' ת"ז לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 כיתה לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי
חיסון לפי תכנית חיסונים הנקבעת מראש על פי הנחיות משרד הבריאות.

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

3. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. בחר פריט.

 פרט באיזה חיסון: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 תיאור התגובה: לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

4. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית-הספר. אני מודע/ת לחשיבות נוכחותי בדיקה ומתחייב/ת להגיע אליה.

 אני מאשר/ת כי בהיעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.

 תאריך לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.

שם ההורים לחץ או הקש כאן להזנת טקסט.

 חתימת ההורים

**לחצו פעמיים על התיבה לחתימה עם העכבר**