

הצהרת בריאות לשנת הלימודים תשע"ח

א. בבית הספר

שם בית הספר: קריית חינוך "דרור" היישוב: בני דרוור
אל: מחנך/ת הכיתה: _____

מאת: הורי התלמיד/ה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת"ז _____ כיתה _____ המין: ז' / נ

תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____ כתובת הדוא"ל: _____
ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה: _____
שם האם: _____ טלפון הנייד: _____
שם האב: _____ טלפון הנייד: _____

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:
פעילות גופנית | פעילות בחדר כושר | טיולים | תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)
-פעילות אחרת: _____
-תיאור המגבלה: _____
לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____
- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד' לא / כן פרט: _____
- בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא / כן, פרט: _____
- 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.
האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____
השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו: _____
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
- לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא / כן אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____
תיאור התגובה: _____
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי **בדיקות סקר כולל בדיקת רופא שיניים** על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.

חתימה

שם ההורה

תאריך