



טופס הרשמה לבית הספר הרב תחומי עמק חרוד

פרטי התלמיד/ה:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

מספר תעודת זהות:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מין: זכר/נקבה

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ תאריך עליה: \_\_\_\_\_

נרשם/ת לכיתה: \_\_\_\_\_ לשנה"ל: תשע"ט

1. כתובת\* רחוב: \_\_\_\_\_ מס': \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ מס' פקס \_\_\_\_\_ נייד התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

2. כתובת נוספת: \_\_\_\_\_

מספר נפשות במשפחה (כולל הנרשם): \_\_\_\_\_ מספר אחים עד גיל 18\*:

אחים בביה"ס שלנו: שם \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_

שם ביה"ס (הקודם) בו למד/ה: \_\_\_\_\_

| <u>פרטי האב (* שדות חובה)</u> |  | <u>פרטי האם (* שדות חובה)</u> |  |
|-------------------------------|--|-------------------------------|--|
| שם משפחה *                    |  | שם משפחה *                    |  |
| שם פרטי *                     |  | שם פרטי *                     |  |
| מס' ת.ז. *                    |  | מס' ת.ז. *                    |  |
| ארץ לידה                      |  | ארץ לידה                      |  |
| מקום העבודה                   |  | מקום העבודה                   |  |
| מקצוע                         |  | מקצוע                         |  |
| טלפון בעבודה                  |  | טלפון בעבודה                  |  |
| מס' שנות לימוד *              |  | מס' שנות לימוד *              |  |
| טלפון נייד*                   |  | טלפון נייד *                  |  |
| מצב משפחתי *                  |  | מצב משפחתי *                  |  |
| מס' ילדים *                   |  | מס' ילדים *                   |  |

|                   |
|-------------------|
| כתובת e-mail לקשר |
|-------------------|

כתובת למשלוח: ביי"ס הרב תחומי עמק חרוד ת.ד. 211 דואר גלבוץ 18120, או בפקס: 04-6531170

סינו טב: ההרשמה תסתיים ה- 31/05/18  

לאחר איטוי טופס ההרשמה לביה"ס (לתלמידים הסוטים ט-כ'),  
ייטח למספחה "טופס חברים"



טכחירת חכר אוסרלף לכיתה.  
טופס הצהרה על מצב הבריאות של התלמידים בבית הספר

הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ \_\_\_\_\_ הכתובת: \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון 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 וסיורים
  - תחרות ספורט של בתי הספר
  - 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: \_\_\_\_\_
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי בריאות לתלמידים ניתנים חיסונים בביה"ס לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות ומתפרסמת בעיתונים לקראת כל שנת הלימודים.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבתי/לבני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית הספר.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה או לאחות ביה"ס אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאותי הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועלול להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות ביה"ס. אני מודע/ת לחשיבות נוכחות בבדיקה ומתחייב להגיע עליה. אני מאשר/ת כי בהיעדרי נתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.
- 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 חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו:



### ויתור סודיות

במסמך זה שאלות אודות ילדכם שעליהן אתם מוזמנים להשיב. מידע זה יסייע בידינו להיערך לקליטת ילדכם בצורה המיטבית בבית הספר ולבנות כיתות מאוזנות. במהלך חודש יוני ייפגש צוות השנתון עם מחנכות היסודי לקבלת אינפורמציה ראשונית. שיחה תוכל להתקיים רק עבור הילדים שיהיו ברשותינו ויתורי סודיות. יש לנו מחויבות להגן על הפרטיות שלכם ושל ילדכם ולכן המידע יועבר רק לידי הגורמים האמונים על שיבוץ הכיתות (יועצת, רכז שכבה ומנהלת חטיבת הביניים).

מי מכס שיהיה מעוניין להיפגש עמנו בנוסף להעברת מסמך זה, יוזמן לעשות זאת בחודש יוני. לתיאום ניתן להתקשר ליועצת השנתון: אסתי פרידמן 0524788838.

אני הח"מ: \_\_\_\_\_, הורה התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

שלמד בבית הספר היסודי \_\_\_\_\_,

- מסכים שבית הספר בו לומד/ת בני/בתי יעביר מידע על תפקודו/ה הלימודי הרגשי והחברתי ליועצת החינוכית של בית הספר הרב תחומי עמק חרוד.
- לא תהיינה לי כל טענות או תביעות מכל סוג שהוא בנדון.

חתימת ההורים: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

#####

**חשוב לי שתדעו על בני/ בתי ש:**

מבחינה לימודית

---

---

האם עבר/ה אבחון כלשהו? טיפול רגשי, פרה-רפואי / תרופתי או אחר / ועדת שילוב / הוראה מתקנת פרטי או בביה"ס / אחר. במידה וקיים אבחון עדכני כדאי להעביר אלינו

---

---

מבחינה חברתית:

---

---

מבחינה רגשית:

---

---

וחשוב לי שתדעו גם..... (כישורים משמעותיים, עניינים רפואיים / משפחתיים / מצב כלכלי / או כל דבר אחר שנראה לכם משמעותי)

---

---