בית הספר הרב תחומי עמק חרוד
טל: 04-6531617
פקס: 04-6531170

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):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות 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 וסיורים
   - תחרות ספורט של בתי הספר
   - פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: _____
4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____
5. 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: _____

6. 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.
7. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבתי/לבני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למתן הביתה או לאחות בית הספר.
8. אני מתחייב/ת להודיע למתן הביתה 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.
9. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת ריפא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות ביה"ס.אני מודע/ת לחשיבות נוכחות בבדיקה ומתחייב להגיע עליה. אני מאשר/ת כי בהיעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.
10. אני מתחייב/ת להודיע למתן/ת הביתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
11. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
12. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

_____

_____	_____	_____
תאריך	שמות ההורים	חתימות ההורים