

הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד

בית הספר: _____ היישוב: _____
אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה:

שם פרטי ושם משפחה _____ מס' ת"ז _____ כיתה _____

אני מצהיר/ה כי:

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 הנדרשת בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית

- טיולים

- פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____

לתקופה: _____

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה

הבריאותית: _____

4. אני מאשר/ת כי ידוע לי שמשרד הבריאות מחסן תלמידים בבית הספר לפי תכנית חיסונים הנקבעת על ידו והמתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת לימודים.
5. אני מאשר/ת מתן חסונים לבתי/לבני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית הספר.
6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה או לאחות בית הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאותי הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי, למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
7. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמיד יעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית-הספר.
8. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
9. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך

(את הטופס יש לשלוח למחנך הכיתה במעטפה סגורה.)