

הצהרה על מצב הבריאות של תלמיד/ה - שנה"ל תשפ"א

פרטי תלמיד

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	כיתה	קופ"ח

מס' טלפון נייד של התלמיד/ה:

פרטי הורים

מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מס' טלפון נייד
אם			
אב			

אני מצהיר/ה כי: (נא לסמן X במקום המתאים)

לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר מטעמו.

יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בבית הספר כדלקמן: (נא להקיף בעיגול את המגבלה הרלוונטית)

- פעילות גופנית
- טיולים
- פעילות אחרת

תיאור המגבלה _____

מצ"ב אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה _____

יש לבני/בתי רגישות למזון, תרופות וכד' (כגון: בוטנים, ביצים, חלב, אופטלגין, יוד וכד')

מצ"ב אישור שניתן על ידי _____ לתקופה _____

שם, כתובת, מספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה למזון ו/או תרופות: _____

יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')

מצ"ב אישור שניתן על ידי _____ לתקופה _____

שם, כתובת, מספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה למזון ו/או תרופות: _____

1. אני מתחייב/ת להודיע למנחה 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.
2. אני מאשר/ת כי במסגרת שירות בריאות לתלמיד יעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר.
3. אני מתחייב/ת להודיע למנחה הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי של בני/בתי.
4. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על נושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה של בני/בתי.

חתימת האם: _____ חתימת האב: _____ תאריך: _____