



תיכון עירוני חדש הרצליה להצטיין להרגיש מצוין!

תמונת תלמיד

כרטיס תלמיד

מס' ת.ז. (9 ספרות) שם פרטי _____ שם משפחה _____
מין ז / נ (סמן בעיגול) תאריך לידה _____ ארץ לידה _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

כתובת מגורים

עיר _____ רחוב _____ מס' _____ דירה _____ כניסה _____ מיקוד _____
מס' הטל' הנייד של התלמיד/ה _____

פרטי הורים

ת.ז. אב _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____
תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ מס' שנות לימוד _____
שנה _____ חודש _____ יום _____
טל' נייד _____ כתובת דוא"ל (מייל) _____

ת.ז. אם _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____
תאריך לידה _____ ארץ לידה _____ מס' שנות לימוד _____
שנה _____ חודש _____ יום _____
טל' נייד _____ כתובת דוא"ל (מייל) _____

סטטוס ההורים

נשוי/נשואה עצמאית גרושה אלמנה

במקרה שההורים לא מתגוררים יחד, נא לכתוב את כתובת המגורים של כל אחד מהם:

כתובת אם: _____
כתובת אב: _____

מבקשת/ לשלוח דואר / מידע הקשור לתלמיד/ה ל- 2 הכתובות - כן לא
גורם משלם: אב אם

מס' אחים ו/או אחיות מתחת לגיל 18: _____

ביטוח רפואי - סמן X בריבוע המתאים

קופ"ח כללית קופ"ח מכבי קופ"ח לאומית קופ"ח מאוחדת אחר

בקשת שיבוץ בכיתה

שם התלמיד/ה _____ בוגר/ת חטה"ב _____

אבקש לשבץ אותי באותה כיתה יחד עם חבריי / חברותיי:

1. _____

2. _____

3. _____

לתשומת לב:

הנהלת ביה"ס תעשה את מירב המאמצים כדי להיענות לבקשתך, מתחייבת לשיבוץ חבר אחד לפחות אלא אם שובצת בכיתה ייחודית. השיבוץ בכיתות ייקבע על פי שיקולי ביה"ס.

טופס הסכמת הורים להעברת מידע בין מוסדות חינוך

תאריך: _____

אני החתום מטה _____ שם פרטי ושם משפחה
נותן בזאת רשות למנהל המוסד ו/או ליועץ

החינוכי ו/או לפסיכולוג מבית הספר למסור ליועץ או למנהל המוסד הקולט - תיכון חדש הרצליה
סמל מוסד 570192, את הפרטים אודות בני / בתי :

מאפייני תפקודו הלימודי, כולל לקויות למידה, קשב וריכוז

מאפייני תפקודו ההתנהגותי

מאפייני התנהגותו החברתי והרגשי

אבחונים

מצב בריאותי

מצב משפחתי- מידע רלוונטי לתפקודו בביה"ס

כל מידע רלוונטי אחר

פרטי התלמיד/ה:

שם פרטי ושם משפחה: _____

מס' תעודת זהות: _____

שם האם: _____ תאריך _____ חתימה _____

שם האב: _____ תאריך _____ חתימה _____

תאריך _____

הורים נכבדים !

שיתוף פעולה מצדכם בחתימה על ויתור סודיות רפואית, יסייע בידי הצוות הרפואי של בית הספר לערוך מעקב רפואי יעיל אחר ילדכם. לצורך כך, הנכם מתבקשים למלא את כל הפרטים המבוקשים בטופס "ויתור על סודיות רפואית" ולהחזיר את הטופס בהקדם לאחות ביה"ס יחד עם פנקס החיסונים של ילדכם.

בכבוד רב ובתודה,
אחות ביה"ס

ויתור על סודיות רפואית

אנו הח"מ, הוריו ואפוטרופוסיו של התלמיד/ה (להלן: התלמיד), נותנים לכם בזה רשות למסור לצורך טיפול לכל רופא ו/או אחות שיימנו עם הצוות הרפואי של בית הספר בעתיד ו/או לצוות הרפואי של כל בית ספר אחר אליו יעבור התלמיד (להלן "המבקש"), את כל הנתונים הרפואיים המופיעים בכרטיס הבריאות של התלמיד/ה, ומוותרים על סודיות רפואית כלפי המבקש, ולא תהיינה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל.

שם התלמיד/ה _____ מס' ת.ז. _____

שם האב _____ חתימה _____

שם האם _____ חתימה _____

ויתור סודיות רפואית

טופס בקשה לקבלת מידע והנחיות מרופא מטפל לגבי תלמידים במצבי בריאות מיוחדים

אל: הרופא המטפל

נודה לך על מתן מידע רפואי הדרוש לצוות החינוכי לשם היערכות בשגרה ולמתן סיוע בעת הצורך בשעות פעילות המוסד החינוכי וכן מידע על מצבי חירום אפשריים הנובעים ממצבו הבריאותי של התלמיד ודורשים סיוע או התייחסות מתאימה על ידי צוות המוסד החינוכי.

שם הילד: _____ מס' תעודת הזהות שלו: _____

תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____

האבחנות

ההתייחסות הנדרשת בשעות הלימודים

הטיפול והסיוע המומלצים בשעת חירום (יש לפרט: תכשיר, מינון ומועד מומלץ לשימוש)

שם הרופא: _____ חתימה וחותמת: _____

תאריך: _____



טופס 1

בקשת ההורים להנגשה - טופס בקשה לפי תקנות שוויון זכויות לאנשים עם מגבלות
התשע"ח 2018 (התוספת הראשונה תקנה 4 (א))

שם התלמיד:

תאריך לידה:

מספר זהות:

שם ההורה:

מספר זהות של ההורה:

שם ההורה:

מספר זהות של ההורה:

כתובת מלאה:

לומד בגן/בית ספר, שם המסגרת: סמל מוסד:

מספר טלפון, רגיל ונייד, להתקשרות עם הגורם המגיש את הבקשה (הורה/רושם אם אינו הורה):
.....

כתובת דואר אלקטרוני של מגיש הבקשה:

אני מבקש הנגשה פרטנית לתלמיד/לאביו של התלמיד/לאימו של התלמיד (מחק את המיותר), שלו מגבלות בתחומים האלה הנוגעות לתפקודו במוסד החינוך (יש לפרט את אופי המגבלות בכל תחום, והשלכותיהן על התפקוד במוסד החינוך):

.....
.....
.....

אני מצרף בזה מסמכים רפואיים ואחרים המעידים על אופי המגבלות של מי שמתבקשת בשבילו ההנגשה, הנוגעות לתפקודו במוסד החינוך - פרט בתמצית את תוכנם של המסמכים המצורפים*:

.....
.....
.....
.....

המבקש רשאי לציין בתמצית את סוג ההתאמות המבוקשות:
.....



.....
.....
.....

פרט אם התלמיד/ההורה המבקש את ההנגשה מקבל התאמה בפועל או סיוע כספי לשם ביצוע התאמה מגורם אחר - יש לפרט את מהות הסיוע והיקפו, ולציין מיהו הגורם המסייע (משרד הבריאות, משרד הרווחה, משרד הכלכלה, משרד החינוך - דרך מערך החינוך המיוחד, תמיכה מסל שילוב או בדרך אחרת, הרשות המקומית, הביטוח הלאומי, עמותה פרטית או כל גוף אחר); אם כן - יש לצרף מסמכים המעידים על מהות הסיוע והיקפו:

.....
.....
.....

הערות נוספות, לשיקול דעתו של הגורם המבקש:

.....
.....
.....

.....

.....

חתימת המבקש

תאריך

* הבהרה - אם אין די במסמכים המצורפים לצורך קבלת ההחלטה, יחזיר המנהל את הבקשה לרושם לצורך השלמת מסמכים לפי תקנה 4(ד) (לתקנות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות נגישות פרטנית לתלמיד ולהורה, התשע"ח 2018), בתוך פירוט המסמכים הנדרשים והגורמים שמהם יש לקבל מסמכים אלה.

הנדון: פרסום תמונות ושמות התלמידים באתר בית הספר ובדף הפייסבוק / אינסטגרם הבית ספרי

1. לבית הספר יש אתר אינטרנט בכתובת www.tichonhadash.co.il דף פייסבוק ששמו "תיכון חדש הרצליה"
2. המטרות העיקריות של הפרסום באתר ביה"ס ובדף הפייסבוק הבית ספרי הן:
 - למסור מידע בדבר בית הספר
 - לשקף הווי בית הספר
 - לפרסם הודעות בנוגע לתפעול בית הספר
 - לשמש פלטפורמה לפורומים שונים של קהילת בית הספר
 - לאפשר למידה בשעת חירום לפי הצורך.
3. באתר ובדף הפייסבוק יכול שיכללו התכנים הבאים:
 - צילומים וסרטונים של התלמיד/ה בנושא בודד או בקבוצה, לרבות במקום העשוי להיחשב רשות היחיד.
 - קטעי טקסט, כולל כאלו המתייחסים לצילומים ולסרטונים ו/או למשתתפים בהם.
 - פרטים הרלוונטיים לתלמיד/ה בהקשר למופיע בדף הפייסבוק, כולל שם או פרטים מזהים אחרים.
 - תוצרי למידה של התלמידים.
 - צילומים, סרטונים וקטעי טקסט בהקשר פרסומי או שיווקי של ביה"ס כמוסד חינוכי.
4. בהתאם להוראות משרד החינוך, בכל מקרה לא ייכללו באתר ביה"ס / בדף הפייסבוק הבית ספרי כתובות המגורים של התלמידים, מספרי טלפון או מידע רגיש לגבי תלמידים, צנעת פרטיותם, משפחתם ומצבם הכלכלי, ציונים או הערכות לימודיות.

הסכמות, התחייבויות וויתור על טענות

בחתומי:

1. אני מצהיר/ה כי בסמכותי לחתום על כתב זה.
2. אני מביעה/ה את הסכמתי המלאה לפרסום מדיה הקשורה לבני/בתי באתר ביה"ס ו/או בדף הפייסבוק.
3. אני מסכים/מה שלא אהיה זכאי לקבלת תמורה כלשהי מהמוטבים (משרד החינוך ו/או תיכון חדש הרצליה ו/או עיריית הרצליה או מי מטעמם) בגין יצור המדיה או פרסומה.
4. אני מתחייב/ת כי כל פרסום תגובה מטעמי בדף הפייסבוק הבית ספרי ייעשה באחריותי הבלעדית באופן מאופק, מנומס ותוך שמירה על כבודו של אדם.
5. אני מסכים שהמוטבים לא יישאו באחריות כלשהי כלפי ו/או כלפי בני/בתי ו/או כלפי צד שלישי כלשהו בגין פרסום המדיה ו/או בגין פרסום תגובה.

תאריך

שם ההורה וחותימה

שם התלמיד/ה וחותימה

רישום לפרויקט השאלת ספרים – שנה"ל תשפ"ה

1. התשלום עבור ספרי הלימוד במסגרת פרויקט השאלת ספרים הוא 320 ₪.
2. רישום לפרויקט השאלת ספרים ייעשה באמצעות טופס הרישום המקוון לביה"ס המפורסם בפורטל החינוך של עיריית הרצליה, וכן באמצעות תשלום עבור ההשאלה.
3. הרישום לפרויקט השאלת ספרים הוא עד יום 20/6/2024 ולא יאוחר מכך.
4. בשלב זה אין לשלם עבור השאלת ספרים. מועד התשלום יפורסם בהמשך, בכפוף לאישור תשלומי הורים.
5. יודגש כי תשלום עבור השאלת הספרים (לאחר שיאושר ויפורסם) הוא תנאי הכרחי ומחייב להשלמת ההצטרפות לפרויקט השאלת ספרים ולקבלת ספרי הלימוד. לתשומת לבכם, נשקלת האפשרות למעבר ללמידה באמצעות ספרים דיגיטליים בחלק מן המקצועות. עדכון יפורסם בהמשך. לאחר התשלום לא ניתן לבטל את הרישום להשאלת ספרים ולא ניתן לקבל החזר כספי.

שם התלמיד/ה: _____

שם ההורה: _____

חתימת ההורה: _____

תאריך: _____

טופס התחייבות לתשלום שעות תל"ן
עבור לימודים בתוכנית מצוינות / דיפלומטיה/ נחשון

הנני מתחייב לשלם שעות תל"ן כפי שמאושר לגבות מתשלומי הורים,
עבור השתתפות בני/בתי בכיתת מצוינות / בתוכנית דיפלומטיה/ נחשון

שם התלמיד : _____

שם ההורה : _____

חתימה : _____

תאריך : _____

טופס בקשה לקבלת מידע והנחיות מרופא מטפל לגבי תלמידים במצבי בריאות מיוחדים

אל: הרופא המטפל

נודה לך על מתן מידע רפואי הדרוש לצוות החינוכי לשם היערכות בשגרה ולמתן סיוע בעת הצורך בשעות פעילות המוסד החינוכי וכן מידע על מצבי חירום אפשריים הנובעים ממצבו הבריאותי של התלמיד ודורשים סיוע או התייחסות מתאימה על ידי צוות המוסד החינוכי.

שם הילד: _____ מס' תעודת הזהות שלו: _____
תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____
האבחנות

ההתייחסות הנדרשת בשעות הלימודים

הטיפול והסיוע המומלצים בשעת חירום (יש לפרט: תכשיר, מינון ומועד מומלץ לשימוש)

שם הרופא: _____ חתימה וחותמת: _____
תאריך: _____



מדינת ישראל
משרד החינוך

הצהרת בריאות שנתית

לשנת _____

- יש למלא הצהרת בריאות שנתית עבור כל תלמיד/ה בנפרד. מתן מידע מלא ומפורט יאפשר לצוות החינוכי בבית הספר לדעת על מגבלות רפואיות שונות.
- בסעיפים שבהם ציינת שקיימת בעיה רפואית, יש לציין מהי הבעיה ולפרט במידת הצורך. אם אין ערך מתאים ברשימה, חובה לפרט.
 - במסגרת ההצהרה מוצג מפרט החיסונים שבשגרה ובדיקות הסקר לפי שלבי חינוך ולפי כיתות, הניתנים לתלמידים במוסד החינוכי.
 - חובה לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.
 - יש להקיף בעיגול **כן / לא**, אם סימנת כן, יש למלא את הפרטים שמתחת לשאלה.
 - כל השדות הינם חובה למילוי.



שם התלמיד/ה: _____ ת"ז: _____ כיתה: _____ שם מוסד: _____

1. האם קיימת מגבלה בריאותית המונעת מהתלמיד/ה להשתתף בפעילות בית ספרית ומטעמו?
כן / לא

- טיול
- פעילות בחדר כושר
- פעילות גופנית
- תחרות ספורט של בתי הספר
- פעילות אחרת

פירוט: _____

* יש לצרף לטופס זה מסמך רפואי המפרט את המגבלה של התלמיד.



מדינת ישראל
 משרד החינוך

2. האם קיימת לתלמיד/ה בעיה בריאותית כרונית? **כן / לא**

- | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> אסטמה | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קרוהן | <input type="checkbox"/> צליאק - כרסת |
| <input type="checkbox"/> אפילפסיה - מחלת נפילה | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קוליטיס | <input type="checkbox"/> קרישיות דם - המופיליה |
| <input type="checkbox"/> בעיה קרדיולוגית | <input type="checkbox"/> מחלת עור | <input type="checkbox"/> קרישיות דם - טרומבוציטופניה |
| <input type="checkbox"/> מושתל אברים | <input type="checkbox"/> ניוון שרירים - דושן | <input type="checkbox"/> G6PD |
| <input type="checkbox"/> מחלה ממארת - טיפול כימוטרפי | <input type="checkbox"/> סוכרת מסוג 1 - סוכרת נעורים | <input type="checkbox"/> בעיה כרונית אחרת |

פירוט: _____



3. האם התלמיד/ה נוטל/ת תרופה/תרופות באופן קבוע? **כן / לא**

פירוט התרופות: _____



4. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות לתרופות? **כן / לא**

פירוט: _____



5. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות למזון או לחומרים אחרים? **כן / לא**

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> אגוזים | <input type="checkbox"/> חלב | <input type="checkbox"/> עקיצת צרעות | <input type="checkbox"/> שמרים |
| <input type="checkbox"/> בוטנים | <input type="checkbox"/> יוד | <input type="checkbox"/> פול | <input type="checkbox"/> שקדים |
| <input type="checkbox"/> ביצים | <input type="checkbox"/> לטקס | <input type="checkbox"/> צמחים (אבקנים) | <input type="checkbox"/> חומר/מזון אחר |
| <input type="checkbox"/> גלוטן (חיטה) | <input type="checkbox"/> סויה | <input type="checkbox"/> קיווי | |
| <input type="checkbox"/> דבש | <input type="checkbox"/> עקיצת דבורים | <input type="checkbox"/> קרדית אבק הבית | |
| <input type="checkbox"/> דגים | <input type="checkbox"/> עקיצת יתושים | <input type="checkbox"/> שומשום | |

פירוט: _____

* במידת הצורך ועל פי המלצת רופא יש לשאת מזרק אפיפן אישי



6. האם התלמיד/ה נושא/ת מזרק אפיפן אישי? **כן / לא**



מדינת ישראל
משרד החינוך

7. הסכמה לקבלת חיסון במסגרת שירותי הבריאות לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
כן / לא

רשימת חיסונים	כיתה
חיסון נגד חצבת, חזרת, אדמת ואבעבועות רוח - חיסון MMRV	א'
חיסון נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס), *שעלת, שיתוק ילדים Tdap-IPV חיסון נגד שפעת	ב'
חיסון נגד שפעת	ג'
חיסון נגד שפעת	ד'
חיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת - חיסון Tdap, חיסון נגד נגיף הפפילומה - חיסון HPV **	ח'

* החיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת ניתן בכיתה ב' ו-ח' ובמחוז צפון ודרום בכיתות א' ו-ח'.
** החיסון נגד נגיף הפפילומה ניתן בשתי מנות בכיתה ח' ובמחוזות מרכז, חיפה ודרום המנה הראשונה בכיתה ז' והמנה השנייה בכיתה ח'.

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים, יש לפרט: _____



8. האם לתלמיד/ה היתה תגובה חריגה למתן חיסון? **כן / לא**

פירוט: _____



9. הסכמה שהתלמיד/ה יעבור/תעבור בדיקות סקר בהתאם לשכבת הגיל שלו/שלה בשנת הלימודים הנוכחית. **כן / לא**

רשימת בדיקות	כיתה
בדיקת ראייה, בדיקת שמיעה, בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה	א'
בריאות הפה והשיניים	ב'
בריאות הפה והשיניים	ג'
בריאות הפה והשיניים	ד'
בריאות הפה והשיניים	ה'
בריאות הפה והשיניים	ו'
בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה	ז'
בדיקת ראייה	ח'

אם אין הסכמה לחלק מהבדיקות, יש לפרט: _____

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה



מדינת ישראל
משרד הבריאות

10. הסכמה לקבלת מסרון SMS ודוא"ל על אודות חיסונים, בדיקות סקר ותוצאות בדיקות הסינון במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד. **כן / לא**

.....

11. במקרה של בעיה רפואית יש ליצור קשר עם:

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____

.....

אני מאשר/ת מתן מידע ו/או העברת הצהרת הבריאות לצוות החינוכי ו/או לצוות בריאות התלמיד בבית הספר מטעם משרד הבריאות ו/או מי מטעמו בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי ומתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצבו/במצבה הבריאותי.

.....

הוצהר על ידי _____ ת"ז _____

תאריך _____ חתימה _____