

טופס מס' 2

הצהרת בריאות על מצב בריאותו של התלמיד/ה



אל הנהלת ביה"ס עירוני ד'

מאת הורי התלמיד/ה _____ מכיתה _____

אני מצהיר/ה כי (סמן/י את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
 - יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן: פעילות גופנית
טיולים, פעילות אחרת _____
תיאור המגבלה: _____
מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה _____
 - יש לבני/בתי בעיה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכדן) לא/כן
פרט/י _____
 - 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 והמתאר את מהותה
שניתן ע"י _____ לתקופה _____
- השם הכתובת ומס' הטלפון לפניו בשעת מצוקה בגין המגבלה
הבריאותית: _____
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
 - אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים ו/או לצוות הבריאות המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל
הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
 - להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע אודותיו את בית הספר:

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____ (ממלא הטופס)