



## 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 וכד') 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 ומספר 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 ליידע אודותיו את בית הספר:

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ (ממלא הטופס)

### הצהרת ההורים לצוות הבריאות בבית הספר

מאת הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_ מכיתה \_\_\_\_\_

- אני מאשר/ת כי ידוע שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת ע"י משרד הבריאות.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תוכנית זו אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר ומתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
- לבני/בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן פרט. \_\_\_\_\_
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא או אחות אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות ביה"ס. אני מודע/ת לחשיבות נוכחותי בבדיקה. \_\_\_\_\_  
אני מאשר/ת כי בהעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ (ממלא מקום)