**הצהרת בריאות על מצב בריאותו של התלמיד לשנה"ל תש"פ**

**אל מחנך/ת הכיתה מר/גב': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מאת הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

  **שם פרטי שם משפחה כיתה**

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ביתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן:
* פעילות גופנית
* טיולים
* פעילות אחרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
תאור המגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצורף אישור רופאי שניתן ע"י \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_לתקופה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. יש לבני/בתי בעיה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת (וכד') לא/כן פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 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 לפניה בעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים שיכולו במצב הבריאות של בני/בתי.
2. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים ו/או לצוות הבריאות המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
3. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע אודותיו את בית הספר:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **תאריך שם ההורים חתימת ההורים**

**הצהרת ההורים לצוות הבריאות בבית הספר**

**מאת הורי התלמיד/ה:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **שם פרטי שם משפחה כיתה**

1. אני מאשר/ת כי ידוע שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת ע"י משרד הבריאות.
2. 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.
3. לבני/בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. **לא/כן** פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא או אחות אלא אם אודיע בכתב על הנגדותי לאחות ביה"ס. אני מודע/ת לחשיבות נוכחותי בבדיקה.

אני מאשר/ת כי בהעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **תאריך שם ההורים חתימת ההורים**