טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ היישוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

שם פרטי שם משפחה מס' ת.ז. כיתה

תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המין: ז/נ

הכתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת הדוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית

- פעילות בחדר כושר

- טיולים

- תחרות ספורט של בתי הספר

- פעילות אחרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא / כן

פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות:

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

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא / כן.

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא / כן.

פירוט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אם סומן "כן" באחד מהסעיפים 2 – 5 לפחות, יש לצרף את המסמכים האלה:

* סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.
* מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.
* מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית.

האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני / בתי.
2. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני / בתי.
3. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר אודותיו:
4. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני /בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:

בכיתה א': חיסון נגד חצבת – חזרת – אדמת – אבעבועות רוח

בכיתה ב': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) – פלצת (טטנוס) – שעלת – שיתוק ילדים(פוליו) – חיסון נגד שפעת.

בכיתה ג': חיסון נגד שפעת.

בכיתה ד': חיסון נגד שפעת.

בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) – פלצת (טטנוס) – שעלת – חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV).

1. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
2. לבני / לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן

אם כן, פרט לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאור התגובה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור /תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.
2. אני מאשר כי בני /בתי יעברו בדיקת בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.
3. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון /SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.
4. לפנייה כאשר התעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

תאריך שמות ההורים חתימת ההורים