

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 התלמיד _____ שם המשפחה _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____
 תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ _____
 הכתובת: _____
 כתובת הדוא"ל: _____
 שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
 שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
 א. 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.

פירוט: _____

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

פירוט: _____

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: _____

- ב. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או מגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- ג. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- ד. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

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

- ו. 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.
- ז. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן
- אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____
- תיאור התגובה: _____

- ח. 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.
- ט. 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.
- י. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.
- יא. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: _____

מספר טלפון: _____

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך