

א. טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: _____ היישוב: _____

אל: _____ מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

השם הפרטי מס' ת"ז הכיתה

תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה _____

שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות 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 (בכיתות ז'-י"ב)

- פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: _____

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

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

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____
השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

9. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.

10. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

11. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן.

אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____

12. 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.

_____ חתימת ההורים

_____ שמות ההורים

_____ התאריך

ב. טופס בקשה לקבלת מידע והנחיות מרופא מטפל לגבי תלמידים במצבי בריאות מיוחדים

אל: הרופא המטפל

נודה לך על מתן מידע רפואי הדרוש לצוות החינוכי להיערכות בשגרה ולמתן סיוע בעת הצורך בשעות פעילות המוסד החינוכי וכן למצבי חירום אפשריים הנובעים ממצבו הבריאותי של התלמיד ודורשים סיוע או התייחסות מתאימה על ידי צוות המוסד החינוכי.

שם הילד: _____ מס' תעודת הזהות: _____

תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____

האבחנות

ההתייחסות הנדרשת בשעות הלימודים

הטיפול והסיוע המומלצים בשעת חירום (יש לפרט: תכשיר, מינון ומועד מומלץ לשימוש)

שם הרופא: _____ חתימה וחותמת: _____ תאריך: _____

ג. טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בגן הילדים

גן הילדים: _____ היישוב: _____

אל: הגנת מנהלת הגן: _____

מאת: הורי התלמיד/ה: _____

השם הפרטי ושם המשפחה מס' ת"ז הגיל

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות המתאימה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעת מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בגן ומטעמו.

2. יש לבני/לבתי בעיות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנערכת בגן ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית

- טיולים

- פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: _____

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה ומתאר את מהותה. האישור ניתן על ידי:

לתקופה: _____

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

4. אני מתחייב/ת להודיע לגנת מנהלת הגן על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

5. אני אחראית/ת לוודא שצוות הגן יקבל הנחיה לגבי העזרה הראשונה הנדרשת לבני/לבתי במקרה חירום בשל מצבו/ה הבריאותי.

חתימת ההורה

שם ההורה

התאריך