



הצהרת על מצב בריאותו של התלמיד

שם: _____
כתובת: _____
שם פרטי ושם משפחה: _____
מס' ת.ד: _____
כיתה: _____

אני מצהיר/ה כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבי/מני להשתתף בפעילות הנערכת בבית-הספר ומסוגלי.
2. יש לבי/מני מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומסוגלי.

- פעילות גופנית
- סידורים
- פעילות אחרת: _____
- תואר המגבלה: _____
- מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____
- לחקוק: _____

3. יש לבי/מני מגבלות בריאותיות כרוניות (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, מחלה מאורת וכד')
מצורף אישור רפואי המגדיר על המגבלה ומתאר את מהותה שניתן
לחקוק: _____
ע"י: _____
שם, תעודת מספר סלפון לפנייה בשעת מצוקה כגון המגבלה הבריאותית: _____

4. בני/מני ניסל מרופא/ת באופן קבוע: לא / כן, נא פרט _____
5. בני/מני סובל מרגישות לתרופות, מזון / אחר: לא / כן, נא פרט _____
6. לבני/מני דחוק תגובה חריגה למזון חיסון חיסון כעבר/לא /כן, נא פרט _____
7. מדד נוסף רלוונטי למצב הבריאות של בני/מני _____
8. אני מאשר/ת כי ידוע שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/מני חיסון לפי חכמת חיסונים המקובלת מראש על פי הנחיות משרד הבריאות _____
9. אני מאשר/ת מזה חיסונים לבני/מני לפי תביעה זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למתן/ת הפחתה או לאותה בית הספר, ומתחייבת/ת להעביר לפי תביעה זו, אלא אם פנקס החיסונים מנדרש.
10. אני מתחייבת/ת לתדע למחנכי/ת הפחתה או לאותה בית הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאות הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כדוגמה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממזון החיסון לתלמיד _____
11. אני מאשר/ת כי בהסכרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/מני בדיקת רופא/ה אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאותה בית הספר. אני מודעת/ת לשיעור נוכחות בבדיקה ומחייב להצביע אליה אני מאשר/ת כי בתנודי תלמידי הבדיקה בנכחות מנצח אחר _____
12. אני מתחייבת/ת להודיע למתן/ת על כל שינוי או הגבלה נוספים או קבועים שיקולו כמצב הבריאותיות של בני/מני _____
13. אני מאשר/ת מזה מדד רלוונטי למצבים המוקדמים על הנשאים הכרוכים ככל הישגור למגבלה הבריאותית של בני/מני _____
14. להלן מדד נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע אודותיו את בית הספר: _____

תאריך: _____ שעות הדורים: _____
הודעת ההודעה: _____