

תאריך

טופס הצהרת הורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

התלמיד/ה: _____ שם פרטי ומשפחה _____ מס' זהות _____ כיתה _____

תאריך הלידה: _____ מגדר: ז / נ _____ ארץ הלידה: _____

כתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון: _____

שם האם: _____ מס' הטלפון: _____

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

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
 - 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 י"ב)
 - פעילות אחרת: _____
- תיאור המגבלה: _____
- לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

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

פרט: _____

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

פרט: _____

← המשך וחתימה בצד השני של הדף



משרד החינוך והתחב"ת

שמעון הצדיק 41, ת.ד. 6385 הוד השרון | מיקוד 4524180 | טל: 09-7402267, 09-7402887, פקס: 09-7446783 | hasharon.n@gmail.com



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: _____

שם, כתובת 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 חינוכי 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:

_____ חתימה

_____ שם ההורה

_____ תאריך