

אוגוסט 2019

## טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר תכנית "ניצנים"

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_  
 מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
 השם הפרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ הכיתה \_\_\_\_\_  
 תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ \_\_\_\_\_  
 הכתובת: \_\_\_\_\_  
 כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_  
 שם האם: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_  
 שם האב: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

א. אני מצהיר/ה כי **(נא לסמן את האפשרות הנכונה):**

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

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

-פעילות גופנית

-תחרות ספורט

-פעילות אחרת: \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

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

לתקופה: \_\_\_\_\_

### פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות

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

תקופה: \_\_\_\_\_

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

פירוט: \_\_\_\_\_

בני/בתי סובלת/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.

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

ב. אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה 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. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם:

מספר טלפון: \_\_\_\_\_

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך