

הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד לשנה"ל התשע"ח

מאת: הורה התלמיד _____ שם פרטי ושם משפחה
 _____ מס' ת.ז. _____ כיתה

אני מצהיר/ה כי: נא הקף בעיגול את הסעיף המתאים:

- שלא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני להשתתף בפעילות הנערכת בישיבה ומטעמה.
- יש לבני מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בישיבה ומטעמה, כדלקמן:
 - פעילות גופנית.
 - טיולים.
 - פעילות אחרת _____

תיאור המגבלה: _____

- מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה _____
- יש לבני מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד'). מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ לתקופה _____ שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

- אני מאשר/ת כי ידוע לי ששרד הבריאות מחסן תלמידים בבית הספר לפי תכנית חיסונים הנקבעת על ידו והמתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת הלימודים.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני לפי תכנית זו. אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך.
- אני מחייב/ת להודיע למחנך הכיתה, אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאותי הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמיד יעבור בני בדיקת רופא. אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני.

10. הריני מאשר מתן אקמול לבני בעת הצורך (כן / לא) נא להקיף בעיגול

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימה _____

מומלץ לנצל את החופשה לבדיקות עיניים, שיניים ודם. תלמידי המינהל לחינוך (עליית הנוער) מבוטחים גם במהלך החופשה בביטוח השיניים, נא ללכת לבדיקת שיניים וטיפול.