

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

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

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

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

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

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

4. אני מאשר/ת כי ידוע לי ששרד הבריאות מחסן תלמידים בבית הספר לפי תכנית חיסונים הנקבעת על ידו והמתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת הלימודים.
5. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני לפי תכנית זו. אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך.
6. 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.
7. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמיד יעבור בני בדיקת רופא. אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה.
8. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני.
9. 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.