



בית חינוך שש שנותי
בן גוריון-פיינברג

בית חינוך שש שנותי בן גוריון – פיינברג



הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד/ה

בית הספר: _____ היישוב: _____
אל: מחנך/ת הכיתה, מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה _____
שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____ כיתה _____

אני מצהיר/ה כי

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בביה"ס ומטעמו.
- יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בביה"ס ומטעמו, כדלקמן: פעילות גופנית, טיולים פעילות אחרת:

- מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה _____
יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')
- מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה _____
שם, כתובת ומס' טלפון בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

שם ומשפחה	כתובת	טלפון/טלפון נייד
-----------	-------	------------------

- אני מאשר/ת כי ידוע לי שמשרד הבריאות מחסן תלמידים בביה"ס לפי תוכנית חיסונים הנקבעת על ידו ומתפרסמת בעיתונים לקראת כל שנת לימודים.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם כן אודיע בכתב על התנגדותי למחנך/ת הכיתה או לאחות ביה"ס.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה או לאחות ביה"ס אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאותי הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימי, למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
- אני מאשר/ת כי במסגרת שרותי בריאות לתלמיד יעבור בני/ביתי בדיקת רופא, אלא אם כן אודיע בכתב על התנגדותי לאחות ביה"ס.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

תאריך	שם ההורים	חתימת ההורים
-------	-----------	--------------

תיכון בן גוריון: רחוב איתן ליבני 1, טל. 03-9221955 פקס: 03-9215544
חט"ב פיינברג: רח' בן גוריון 22, טל. 03-9244032 פקס: 03-9214019
פתח – תקוה, 49552