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

.1 לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בביה"ס ומטעמו.

.2 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.3 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

.4 אני מאשר/ת כי ידוע לי שמשרד הבריאות מחסן תלמידים בביה"ס לפי תוכנית חיסונים הנקבעת על ידו

ומתפרסמת בעיתונים לקראת כל שנת לימודים.

.5 אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם כן אודיע בכתב על התנגדותי למחנך/ת

הכיתה או לאחות ביה"ס.

.6 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.

.7 אני מאשר/ת כי במסגרת שרותי בריאות לתלמיד יעבור בני/ביתי בדיקת רופא, אלא אם כן אודיע בכתב

על התנגדותי לאחות ביה"ס.

.8 אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות

של בני/בתי.

.9 אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה

הבריאותית של בני/בתי.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך שם ההורים חתימה