

**טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר**

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_  
אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_  
מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
השם הפרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ הכיתה \_\_\_\_\_  
תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/ג \_\_\_\_\_  
הכתובת: \_\_\_\_\_  
כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_  
ארץ הלידה: \_\_\_\_\_ שנת העלייה: \_\_\_\_\_ מס' הילדים במשפחה \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_  
שם האב: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן:
  - פעילות גופנית
  - פעילות בחדר כושר
  - טיולים
  - תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)
  - פעילות אחרת: \_\_\_\_\_
- תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_  
לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_  
לתקופה: \_\_\_\_\_
3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_  
השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

6. אני מתחייבת/להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

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

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך