

הצהרה על בריאותו של התלמיד/ה

אל: מחנך/ת הכיתה,

מאת: הורי התלמיד/ה:

מס' ת"ז (תלמיד/ה)

שם פרטי ושם משפחה

אני מצהיר/ה בזה: (נא לסמן)

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

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

יש לבני/בתי 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 לימודים.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית הספר.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/כת הכיתה או לאחות בית הספר 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/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/כת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

חתימה

ת"ז

שם ההורה

תאריך