

הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד

שם בית הספר: ישיבת ידידיה היישוב: פתח תקוה - אל: מנהל הישיבה

מאת: הורי התלמיד/ה _____

_____	_____	_____
השם הפרטי	מס' ת"ז	הכיתה

תאריך הלידה: _____ המין: ז/ג

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

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 בכל פעילות 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
 - פעילות אחרת: _____
 תיאור המגבלה: _____
 לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____
 לתקופה: _____
3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן.

פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות:

 לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____
 לתקופה: _____
4. בני/בתי נוטלת/תורפה/ות באופן קבוע: לא/כן.

פרט: _____
5. בני/בתי סובלת/תורפות לתרופות או למזון: לא/כן.

פרט: _____
6. במידה וסומן כן בלפחות אחת מהשאלות 2-5 יש לצרף:
 - א. סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.
 - ב. מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.
 - מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית.
 - האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

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

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

9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו:

10. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:

- בכיתה א': חיסון נגד חצבת – חזרת – אדמת – אבעבועות רוח
- בכיתה ב': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - שיתוק ילדים (פוליו) - חיסון נגד שפעת
- בכיתה ג': חיסון נגד שפעת
- בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) – שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)

11. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

12. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן

אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____

13. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.

14. אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקות בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

15. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

16. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם:

מספר טלפון: _____

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך