

טופס הצהרת בריאות

חטיבת הביניים ע"ש אילן רמון כפר סבא

אל: מחנך/ת הכיתה מר/ גב' _____ כיתה: _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____ פרטי ושם משפחה _____ מס' ת.ז. _____ כיתה _____ המין ז / נ

שם ההורה _____ טלפון הנייד _____ שם ההורה _____ טלפון נייד _____

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה)

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת 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/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה רגישות למזון מחלה ממארת וכד'). לא / כן פרט וצרף אישור רפואי _____
4. בני/בתי נוטלת תרופה/ות באופן קבוע: לא / כן, נא פרט וצרף אישור רפואי: _____
5. בני/בתי סובל מרגישות לתרופות או למזון / אחר: לא/כן, נא 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 _____

חטיבת הביניים ע"ש אילן רמון

6. אני מתחייב/ת 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 החינוכי 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

9. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית חיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.

- כיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) – פלצת (טטנוס) – שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)

10. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, או אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

11. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/ כן פרט לאיזה חיסון ותאור התגובה:

12. 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.

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

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

15. כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה כרונית לבנך/בתך יש ליצור קשר עם:

מספר טלפון _____

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך