

יוני 2024

רישום לחטיבת הביניים - אילן רמון

פרטי תלמיד/ה

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	קופת חולים	סוג זהות ז/נ	מגדר
טלפון נייד תלמיד/ה		טלפון בבית				
רחוב	מס' בית	כניסה	יישוב מגורים			
בית ספר יסודי	ארץ לידה - תלמיד/ה	תאריך עלייה מלא - תלמיד/ה	מס' אחים ואחיות עד גיל 18			

צירוף תעודה מחצית א' תשפ"ד

ליקוי למידה? כן / לא * צירוף אבחון

האם התלמיד/ה דובר/ת אנגלית? כן / לא

האם התלמיד/ה משתתף/ת בתוכנית ישיי? כן/לא

האם הנכם מעוניינים לקחת חלק בפרויקט השאלת ספרים בשנה"ל הקרובה? כן / לא

תלמיד/ה פנימייה? כן / לא, אם כן, איזו _____

פרטי אחים/אחיות:

שם מלא _____ שנת לידה _____ בי"ס/גן _____

שם מלא _____ שנת לידה _____ בי"ס/גן _____

שם מלא _____ שנת לידה _____ בי"ס/גן _____

שם מלא _____ שנת לידה _____ בי"ס/גן _____

שם מלא _____ שנת לידה _____ בי"ס/גן _____

פרטי הורים:

* צירוף תעודת זהות + ספח

הורה 2	הורה 1	
		שם פרטי
		שם משפחה
		מצב משפחתי
		קרבה : אם / אב
		מספר ת.ז.
		תאריך לידה מלא
		שנת עלייה
		שנות לימוד
		עיסוק
		רחוב
		מס' בית
		יישוב
		נייד

* במידה ויש צו משפטי הנוגע לקשר עם הילד, יש לצרף אסמכתאות.

* במידה והנך אפוסטרופוס יחידני, יש להמציא מסמכים בנידון.

הנני להצהיר שכל הפרטים הנ"ל הרשומים הינם נכונים.

חתימה הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____

אישור העלאת נתונים אישיים למחשב

א.ג.נ,

בית הספר משתמש במערכת מחשוב בתחומים הפדגוגיים והמנהליים. מערכת זו מייעלת מאוד את עבודתנו. לביה"ס אישור ממשרד המשפטים לניהול מאגרי מידע. בהתאם לחוק הגנת הפרטיות ה' תשמ"א 1981. חוק זה חל על ביה"ס.

לשון החוק מחייבת את הפעולות הבאות:

1. נקיטת אמצעי אבטחה.
2. הגבלות בהעברת מידע בין מוסדות ציבור.
3. זכות הפרט לעיין במידע הנוגע לו.
4. קבלת מכתב הסכמה של ההורים להקלדת פרטים אישיים של התלמידים למחשב.

אנא תשומת לבכם להערות הבאות:

1. למאגר הממוחשב מוכנסים הפרטים האישיים של התלמיד, הנמסרים לביה"ס עם שיבוצו לחטיבה. להזכירכם הפרטים האישיים כוללים: ת.ז., כתובת, מס' אחים ואחיות, מקצוע הורים וכד'.
2. כל המידע הקשור בנתוני בריאות איננו מוקלד במחשב, ונשאר אצל אחות ביה"ס.
3. כל המידע המרוכז במחשב מיועד לצרכים מנהליים/פדגוגיים (חלוקה לקבוצות לימוד, ציונים, משמעת, פרטים אישיים). מידע זה רוכז בעבר בדרך אחרת (תיקיות אישיות וכד').

כדי לנהל את המידע בצורה יעילה אנו זקוקים לאישורכם להכנסת הפרטים של בנכם/בתכם למאגר הממוחשב. אנא קראו את האישור הרצי"ב וחתמו עליו.

בברכה,

הנהלת ביה"ס

"ידוע לי כי הפרטים אשר מולאו על ידי בטופס פרטים אישיים בראשית שנת הלימודים, יועלו וינוהלו במחשב למטרות ניהול פדגוגי בית ספרי.

ידוע לי כי חלק מהנתונים יועברו לרשות המקומית במסגרת ניהול מערכות כספיות ומערכות מידע וזאת עפ"י הנהלים הקיימים. המידע לא ישמש לצרכים אחרים. הנתונים הבריאותיים לא יוזנו למחשב. (חוק הגנת הפרטיות ה' תשמ"א 1981). "כמו כן יועברו השמות והכתובות של הבוגרים לבתי ספר על יסודיים המבקשים זאת על מנת להמציא לבנכם/בתכם חומר הסברתי על ביה"ס.

חתימה הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____

הסכמה להכללת בנד/בתך בצילומים של פעילויות ופרסומן במדיות השונות

א.ג.נ,

מטרות האתר : שיפור התקשורת בין תלמידים ותלמידים למורים

באתר נכללים : תכנים לימודיים, הודעות, טפסים לשימוש ההורים והתלמידים, פורומים לדיון והכנה לקראת מבחנים. בהתאם להוראות משרד החינוך לא ייכללו באתר כתובות המגורים של התלמידים, מספרי הטלפון או מידע רגיש לגבי תלמידים על צנעת אישיותם, על אודות משפחתם ומצבם הכלכלי, על הציונים והערכות הלימודיות שלהם.

ברצוננו לשלב את הנושאים הבאים במדיות השונות :

- א. הצגת תמונות קבוצתיות של התלמידים ללא ציון שמותיהם.
- ב. שימוש בקולות התלמידים.
- ג. שיתוף התלמידים בפורומים.
- ד. פרסום חיבורים או הבעת דעות של תלמידים.

הכניסה לאתרי הכיתות באתר ביה"ס נעשים ע"י שימוש בקוד משתמש ובסיסמה.

כדי לכלול את בנכם / בתכם בפעילויות הנ"ל עלינו לקבל את הסכמתכם המפורשת לכך.

נא מלאו את הטופס הרצ"ב, אשרו אותו בחתימתכם ושלחוהו לבית הספר.

אם תשנו בעתיד את דעתכם ותרצו לחזור בכם לגבי הפעילויות המופיעות בטופס, כולן או חלקן, תוכלו לפנות אלינו בכתב, ונמלא את בקשתכם. כמו כן, ביה"ס ישלח להורים הודעות באמצעות הניידים.

אני מאשר/ת לביה"ס להעלות צילומים של בני/בתי במדיות השונות שבהן ביה"ס עושה שימוש לפרסום פעילויות ואירועים? כן / לא

אני מאשר/ת קבלת הודעות באמצעות הטלפון הנייד? כן / לא

חתימה הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____

טופס הצהרת בריאות

מאת הורי התלמיד/ה: _____

מגדר	מס' ת.ז.	שם פרטי ומשפחה
דוא"ל	כתובת	תאריך לידה מלא

פרטי ההורים:

שם ההורה	הורה 1	הורה 2
טלפון נייד		

אני מצהיר/ה כי:

1. הריני מאשר/ת כי לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו:

2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן- תיאור המגבלה:

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ תקופה: _____

* צירוף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.

3. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה רגישות למזון מחלה

ממארת וכד')

פרוט המגבלה הבריאותית כרונית: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

* צרוף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.

4. בני/בתי נוטלות תרופה/ות באופן קבוע. פרוט התרופות: _____
5. בני/בתי סובל מרגישות לתרופות או למזון/ אחר: _____
- * צרוף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.
- האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____
6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי: כן / לא
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי: כן / לא
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: כן / לא
- תוכנית החיסונים - פרוט:
- בכיתה 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, ואני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש: כן / לא
11. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר: כן / לא
- פרטי לאיזה חיסון ותארי את 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: כן / לא
13. אני מאשר/ת כי בני/בתי יעברו בדיקת בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים: כן / לא
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: _____
- חתימה הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____