תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הצהרה על מצב בריאותו/ה של התלמיד/ה**

בית הספר: חט"ב שז"ר קרית אונו

כיתה: ז' ח' ט' (הקף בעיגול)

שם התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי:

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
* טיולים
* פעילות אחרת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* תיאור המגבלה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* מצורף אישור רפואי שניתן על ידי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכו').

פרט \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנא ציינו שם ומס' טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון/טלפון נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שמשרד הבריאות מחסן תלמידים בבית הספר לפי תכנית חיסונים הנקבעת על ידו ומתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת הלימודים.
2. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבתי/בני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך/ת הכתה או לאחות בית הספר.
3. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכתה 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/ה.
4. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמיד/ה יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר.
5. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי ולהמציא אישור רפואי מתאים.
6. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

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

תאריך שם ההורים חתימת ההורים