



עיריית יבנה

בית הספר המקיף השש-שנתי ע"ש גינסבורג - האור

משרד החינוך התרבות והספורט מחוז מרכז סמל מוסד: 470963
רח' האור 20, ת.ד. 5032 יבנה מיקוד 81109, טלפון 08-9437106, פקס: 08-9427701



טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

מאת חורי תתלמיד/ה:

אל: מחנכת/ת הכיתה מר/גב' _____

שם משפחה	שם תתלמיד/ה	מס' ת"ז	כיתה
תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ			
כתובת: _____			
כתובת הדוא"ל: _____			
ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה: _____			
שם תאם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____			
שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____			

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי לחשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- 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 (בכיתות ז'-י"ב)
 - פעילות אחרת: _____
- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות כרוניות (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: _____
- אני/בתי נוטלת תרופות באופן סבוע: לא/כן. פרט: _____

(נא לחפוף את חדף)