5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: _____

מצורף אישור רפואי המעיד על חבעיה חבריאותית/חרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

חשם, חכתובת ומספר חטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה חבריאותית:

_____

6

רגישות לתרופות	יש	אין	פרט _____
G6PD	יש	אין	פרט _____
בעיות נשימה	יש	אין	פרט _____
F.M.F	יש	אין	פרט _____
אוושה סיסטולית	יש	אין	פרט _____
בעיות שלד (עקמת, פלטפוס, כאבי רגליים)	יש	אין	פרט _____
מרכיב משקפיים	יש	אין	פרט _____
בעיות גדילה והתפתחות	יש	אין	פרט _____
אחר	יש	אין	פרט _____

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 חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב חבריאות של בני/בתי.
9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

_____

_____

_____ _____ _____

תאריך | שמות החתומים | חתימת החתומים

Scanned by CamScanner