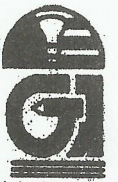




עיריית יבנה

בית הספר המקיר השש-שנתי ע"ש גינסבורג - האורן

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



קוטרור האורן

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

מאת הורי התלמיד/ה:

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

שם משפחה	שם התלמיד/ת	מס' ת"ז	כיתה
_____	_____	_____	_____

תאריך הלידה: _____ חמין: ז/נ _____

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. 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: _____
- תיאור המגבלה: _____
- לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____
- לתקופה: _____
3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: _____
4. אני/בתי נוטלת תרופות/אופו קבוע: לא/כן. פרט: _____

(נא להפוך את חדר)

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

6

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

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 הבריאות של בני/בתי.
 9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו: _____

חתימת החורים

שמות החורים

תאריך