

מתוך חוזר מנכ"ל עא/1, 1 בספטמבר 2010
הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד בבית הספר

בית הספר: _____ היישוב _____
אל: מחנך/ת הכתה מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה _____
השם פרטי ומשפחה של התלמיד _____ מס' ת"ז של התלמיד _____ הכתה _____
תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ
הכתובת: _____
כתובת הדוא"ל: _____
ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה _____
שם האם: _____ 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 (בכתות 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. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא / כן. פרט _____
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. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו: _____