

**טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם לצהרון**

שם הצהרון: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_

אל: \_\_\_\_\_ מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_

השם הפרטי	מס' ת"ז	הכיתה
תאריך הלידה: _____ המין: ז/ג		
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):**

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף 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: \_\_\_\_\_
  - תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_
  - לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_
  - לתקופה: \_\_\_\_\_
- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכדו'). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- בני/בתי נוטלת/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 הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו :

---

---

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך