



אלול תשע"ח
אוגוסט 2018

בית הספר התיכון העירוני ע"ש בליך



הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד בבית הספר

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____ מאת: הורי התלמיד/ה: _____

(שם פרטי ושם משפחה של התלמיד/ה + מס' ת"ז)

בהתייחס למגבלות בריאותיות אני מצהיר/ה כי (יש לסמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר.
 2. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת מחוץ לשטח בית הספר.
 3. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות בבית הספר ו/או בפעילות מחוץ לשטח ביה"ס כגון פעילות גופנית, טיולים, פעילות אחרת: _____
- בביה"ס מחוץ לשטח ביה"ס

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

בהתייחס לרגישויות רפואיות מיוחדות אני מצהיר/ה כי (יש לסמן את האפשרות הנכונה):

1. אין לבני / בתי רגישויות רפואיות מיוחדות.
 2. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכדו').
לא / כן. יש לפרט: _____
 3. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. יש לפרט: _____
 4. בני/בתי סובלת/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. יש לפרט: _____
- מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

כללי

1. השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה ו/או הרגישות הבריאותית: _____
2. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
3. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים ו/או לצוות הבריאות המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי: _____

חתימת ההורים

שם ההורים

התאריך

“כדרך חיים”



“מצוינות וערכים”

מכון התקנים הישראלי