



מובילים ערכים, מנהיגים יזמות

החטיבה העליונה שד' בן גוריון 78 ת.ד. 3060 04-8798006 פקס 04-8766473
חט"ב ע"ש יונתן נתניהו רחוב דקר 11 ת.ד. 3367 04-8798800 פקס 04-8740617
חט"ב ע"ש יצחק רבין רחוב דקר 11 ת.ד. 3176 04-8798810 פקס 04-8742244

הצהרה על מצב בריאות

בית הספר: _____ היישוב: _____
אל מחנך הכיתה: מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה _____
שם פרטי ושם משפחה _____ ת.ז. _____ כיתה _____

- אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):
1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית"ס ומטעמו.
 2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן:
פעילות גופנית: _____
טיולים, תחרות ספורט של בתי הספר: _____
פעילות בחדר כושר: _____
פעילות אחרת: _____
תיאור המגבלה: _____
 3. מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ לתקופה _____
יש לבני/בתי 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/רגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה שניתן על ידי _____ לתקופה _____

שם כתובת ומספר טלפון לפנייה בעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
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 שברצוני לידע אודותיו את בית הספר.

תאריך _____ שם ההורים _____ חתימת ההורים _____