**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 בביה"ס ומטעמו.

1. 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. יש לבני/ בתי בעיה בריאותית כרונית(כגון: אסטמה, סוכרת נעורים,

 אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'), לא/כן פרט\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן פרט:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 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 ליידע אודותיו את בית הספר.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 תאריך שם ההורים חתימת ההורים