**הצהרת בריאות**

בית-ספר : **אורט רמת יוסף**          שנה"ל :**תשפ"ב**

אל : מחנך הכיתה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאת הורי התלמיד/ה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_          \_\_\_\_\_\_\_\_

                                שם פרטי ומשפחה(**של התלמיד**)     מס' ת.ז (של התלמיד)               כיתה

**אני מצהיר/ה כי :**

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעים מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית-הספר ומטעמו.
2. לבני/בתי סובלת מ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. תיאור המגבלה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. מצורף אישור רפואי שניתן על ידי : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                        לתקופה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה /חלקית בפעילות הנדרשת בבית-הספר ומטעמו , **כדלקמן** :

* פעילות גופנית ושיעורי חינוך גופני
* טיולים
* סיורים
* פעילות אחרת : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. יש לבני /בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון : אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

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

                                        לתקופה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית :

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

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי בריאות לתלמידים ניתנים חיסונים לפני תכנית חיסונים הנקבעת ע"י משרד הבריאות ומתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת לימודים.
2. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית-הספר .
3. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה או לאחות בית-הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאותי

הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית כתוצאה ממחלה או טיפול כימותרפי, למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.

1. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמיד יעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות

בית הספר.

1. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי או מגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
2. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

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

              תאריך                                       שם  ההורים                                         חתימה

**טופס בקשה לקבלת מידע והנחיות מרופא מטפל לגבי תלמידים במצבי בריאות מיוחדים**

אל: הרופא המטפל

נודה לך על מתן מידע רפואי הדרוש לצוות החינוכי להיערכות בשגרה ולמתן סיוע בעת הצורך בשעות פעילות המוסד החינוכי וכן למצבי חירום אפשריים הנובעים ממצבו הבריאותי של התלמיד ודורשים סיוע או התייחסות מתאימה על ידי צוות המוסד החינוכי.

שם הילד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         מס' תעודת הזהות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_         הכתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האבחנות

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

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

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

ההתייחסות הנדרשת בשעות הלימודים

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

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

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

הטיפול והסיוע המומלצים בשעת חירום (יש לפרט: תכשיר, מינון ומועד מומלץ לשימוש)

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

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

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

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

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

שם הרופא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_