****

בי"ס ייחודי לתקשורת מעצימה

בית ספר ממלכתי ע"ש יגאל אלון , בת-ים

**הצהרת בריאות תשע"ט**

שם התלמיד/ה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתה:\_\_\_\_\_\_\_\_ חבר/ת קופ"ח:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_כתובת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

שם האב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקום העבודה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקום העבודה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אני מצהיר/ה בזאת כי:**

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בביה"ס.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בביה"ס ומטעמו:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פעילות גופנית\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טיולים\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פעילות אחרת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

תיאור המגבלה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצ"ב אישור רפואי שניתן ע"י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית: אסטמה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

סכרת נעורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, אפילפסיה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שמשרד הבריאות מחסן תלמידים בביה"ס לפי תכנית חיסונים הנבעת על ידו והמתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת לימודים.
2. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע על התנגדות למחנך/ת או לאחות ביה"ס.
3. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת או לאחות ביה"ס אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד/ה סובל ממצב בריאותי הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן חיסון לתלמיד/ה.
4. אני מאשר/ת כי במסגרת בריאות לתלמיד יעבור בני/בתי בדיקת רופא/ה, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות ביה"ס.
5. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי של בני/בתי.
6. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם ההורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת ההורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תודה על שיתוף הפעולה!