



12/12/21

הורים יקרים,

מפעל שחיה לתלמידי כיתות ד' – תשפ"ב

השנה, תלמידי כיתות ד', בבית ספרנו ישתתפו בשיעורי שחייה במחוז תל אביב. מפעל השחיה מאורגן על ידי הפיקוח על החינוך הגופני והרשות המקומית. כל תלמיד ישתתף בעשרה שיעורי שחיה. השיעורים יתקיימו בבריכת השחייה עמידר ויחלו בחודש אפריל. לכל המדריכים יש הסמכה מקצועית של משרד החינוך ולכל כיתה יתלווה מורה והורה שתהיה אחראית ליציאתם ולחזרתם לבית הספר.

בימי לימוד השחייה על התלמידים להביא **מערכת לימודים רגילה**. כמו כן יש להביא תיק ובו: בגד ים, מגבת, כובע ים (לבעלי שיער ארוך). מומלץ להביא משקפת שחיה.

חובה להגיע לבית הספר בתלבושת בית הספר ובלבוש הולם. אין להגיע לבית הספר עם נעלי אצבע או סנדלי ים. במהלך שיעורי השחייה על הילדים לשמור על כללי ההתנהגות המקובלים. תלמיד שלא יישמע להוראות המורה או המדריכים, לא יוכל להמשיך ולהשתתף בלימודי השחייה. עם החזרה לבית הספר יש ללבוש את תלבושת בית הספר.

שיעורי השחייה יתקיימו בימי ב, ד בין התאריכים 30/05/22-25/04/22 לא יהיה שינוי בשעות הסיום של יום הלימודים.

(תלמידים שאינם משתתפים בשיעורי השחייה יישארו בבית הספר וילמדו בכיתה מקבילה)

עלות השיעורים הינה 195 ₪ . תלמיד שלא ישלם לא יוכל לקחת חלק בשיעורים.

(לפי חוזר מנכ"ל – התלמידים המנויים בבריכת השחייה שבה נערכים השיעורים – משוחררים מתשלום עבור כניסה לבריכה)

נא מלאו את הספח המצורף יחד עם התשלום על מנת שילדכם יוכל להשתתף בשיעורים.

בברכה,

שובל אילנה- מנהלת בית הספר

מחנכות כיתות ד'

אישור השתתפות בשיעורי שחיה

שם התלמיד/ ה: _____ כיתה: _____

אני מאשר לבני / בתי להשתתף בשיעורי השחייה. *מצ"ב תשלום ע"ס 195 ₪.
*** (יש להעביר למזכירות בית הספר אך ורק לאחר יציאת חוזר תשלומים לשנה"ל תשפ"ב).**

אין לבני/ בתי בעיות רפואיות המונעות ממנו לקחת חלק בשיעורי השחייה.

יש לבני/ בתי בעיות רפואיות המונעות ממנו לקחת חלק בשיעורי השחייה.

שם ההורה: _____ חתימה: _____



בית ספר "יגאל אלון"
מקדם ומטפח תקשורת מצמיחה
עתי"ד – ערכים, תרבות, יחודיות הפרט, דעת

תאריך _____

הצהרה על מצב בריאותי- שיעורי שחייה

אל: מחנך/ת הכתה גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

שם פרטי ושם משפחה _____ ת.ז. _____ הכתה _____

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן:

פעילות גופנית כולל לימוד השחייה.

שיעורי השחייה.

טיולים.

פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

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

- יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון וכדו'). מצורף אישור רפואי המעיד על המגבלה ומתאר את מהותה שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____ . שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____
- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית חיסונים הנקבעת מראש על פי הנחיות משרד הבריאות.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית הספר, ומתחייב/ת להעביר את פנקס בחיסונים כנדרש.
- לא ידוע לי על תופעות חריגות בעבר בעקבות מתן חיסון.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה או לצוות הבריאות של בית הספר של אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאות הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מודע/ת לחשיבות נוכחותי בבדיקה ומתחייב/ת להגיע אליה. אני מאשר/ת כי בהעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.
- 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 המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע אודותיו את בית הספר: _____

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך