

הגימנסיה העברית "הרצליה" משרד שכבות ט' + י'



נוסדה בתרס"ו - 1905

הצהרת בריאות

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה: _____

שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת"ז _____ כיתה _____

אני מצהיר/ה כי:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:
 פעילות גופנית _____
 טיולים _____
 פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי על ידי: _____ לתקופה: _____

- יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד'). 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 שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד/ה יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית חיסונים הנקבעת מראש על פי הנחיות משרד הבריאות.
- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבתי/בני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית הספר, ומתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
- לא ידוע לי על תופעות חריגות בעבר בעקבות מתן חיסון.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה או לאחות בית הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד/ה סובל ממצב בריאות בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד/ה יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית-הספר אני מודעת/לחשיבות נוכחות בבדיקה ומתחייב/ת להגיע אליה. אני מאשר/ת כי בהיעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.
- אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה על כל שינוי הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים או קבועים שיחולו במצב הבריאותית של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע אודותיו את בית ספר:

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך