**הצהרת בריאות**- אחות ביה"ס

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

 שם פרטי +משפחה מס' ת"ז הכיתה

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המין: ז/נ, הכתובת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,שם האב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הטלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**א.** **אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):**

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית, פעילות בחדר כושר, טיולים, תחרות ספורט של בתי הספר,

- פעילות אחרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ב. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן.**

פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_לפיכך מצורף אישור רפואי :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_

**ג. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן.:**  פירוט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ד. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן.:** פירוט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אם סומן "כן" באחד מהסעיפים 5-2 לפחות, יש לצרף את המסמכים האלה:**

- סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.

- מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.

- מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית.

האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ב. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

ג. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

ד. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ה. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות, לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:

- בכיתה א': חיסון נגד חצבת - חזרת - אדמת - אבעבועות רוח

- בכיתה ב': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - שיתוק ילדים (פוליו) - חיסון נגד שפעת

- בכיתה ג': חיסון נגד שפעת

- בכיתה ד: חיסון נגד שפעת

ו. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

ז. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן

אם כן, פרט לאיזה חיסון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תיאור התגובה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ח. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.

ט. אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקת בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

י. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

יא. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מספר טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 תאריך שמות ההורים חתימת ההורים