

**טופס הצהרה בריאות אולפנת בני עקיבא רמות ירושלים**

מאת: הורי התלמידה

שם פרטי ומשפחה	מס ת.ז.	תאריך לידה	עולה לכיתה
כתובת	שם האם	מס נייד	שם האב
		מס נייד	

דוא"ל: \_\_\_\_\_

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן:
  - פעילות גופנית
  - פעילות בחדר כושר
  - טיולים
  - תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)
  - פעילות אחרת: \_\_\_\_\_
  - תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_
  - לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: \_\_\_\_\_
  - לתקופה: \_\_\_\_\_
3. יש לבתי בעיה בריאותית כרונית לא/כן. פרט \_\_\_\_\_
4. בתי נוטלת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
5. בתי סובלת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
6. אם סומן "כן" בסעיפים 2-5 יש לצרף את המסמכים האלה:
  - סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה / מזון .
  - מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות של הרופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.
  - מצ"ב אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית.
  - האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_
- ב. אני מתחייב/ת להודיע למחנכת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי של בתי.
- ג. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאותי של בתי.
- ד. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר: \_\_\_\_\_

ה. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד תקבל בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת ע"י משרד הבריאות כמפורט להלן:

**בכיתה ח':**

חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV).

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

ז. לבתי הייתה תגובה חריגה למתן החיסון בעבר לא / כן.

אם כן, פרט לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_

תיאור התגובה: \_\_\_\_\_

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

ט. אני מאשר/ת כי בתי תעבור בדיקת בריאות הפה והשיניים ותקבל הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

י. אני מאשר/ת את הסכמתי לקבל מסרון אודות בדיקות וחיסונים שבתי אמורה לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

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

מס הטלפון: \_\_\_\_\_

**לראיה באתי על החתום:**

תאריך	שם ההורה	חתימה
-------	----------	-------