**הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד בבית הספר**

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 שם פרטי ושם משפחה מס' ת"ז כיתה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):1. ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו כדלקמן:* פעילות גופנית
* טיולים
* פעילות אחרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע. פרט: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון. פרט:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה שניתן על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | כן🖵🖵🖵🖵🖵 | לא🖵🖵🖵🖵🖵 |

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

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים ו/או לצוות הבריאות המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

1. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע אודותיו את בית הספר:

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **מרץ 2021 תשפ"ב** | שם ההורים | חתימת ההורים |