

# טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

## אל: המכינה האקסטרנית

מאת: הורי החניך \_\_\_\_\_

השם הפרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ הכיתה \_\_\_\_\_

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ

שם האם: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

**א. אנו מאשרים לבני להשתתף בפעילויות של המכינה.**

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת במכינה או מטעמו.

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות במכינה ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית

- פעילות בחדר כושר

- טיולים

- תחרות ספורט

- פעילות אחרת: \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

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

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

\_\_\_\_\_

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

## עמותת "אייפי בניאין"

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את המכינה על אודותיו:

---

---

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

---

חתימת ההורים

---

שמות ההורים

---

התאריך

עמותת "אימפי בנימין"