

ביה"ס התיכון ע"ש הנשיא י. בן צבי
עיריית קריית אונו

הצהרת ההורה על מצב בריאותו של התלמיד

תאריך: _____

שם התלמיד _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה כי: (הקף ומלא את הפרטים הרלוונטיים)

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:
 - פעילות גופנית
 - טיולים
 - פעילות אחרת: _____
 - תיאור המגבלה: _____
 - מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____
 - לתקופה: _____
3. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד'). מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____.
שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____
4. אני מאשר/ת כי ידוע לי שמשרד הבריאות מחסן תלמידים בבית הספר לפי תוכנית חיסונים הנקבעת על ידו ומתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת הלימודים.
5. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
6. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך