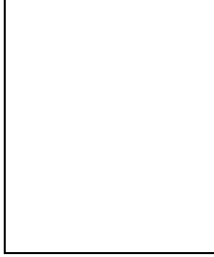


3תמונות פספורט



א. פרטים אישיים

מספר תעודת הזהות	שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מין	ארץ הלידה	תאריך עליה
				ז / נ		

ב. הכתובת

עיר	הרחוב או השכונה	מס' הבית	מיקוד	מס' נפשות	הערות

ג. פרטים על ההורים

שם	מס' זהות	ארץ לידה	שנת לידה	שנת עליה	שנות לימוד	משלח יד	מצב משפחתי
							האב
							האם

טל' בבית \_\_\_\_\_  
 טל' בעבודה אב \_\_\_\_\_ טל' נייד אב \_\_\_\_\_  
 טל' בעבודה אם \_\_\_\_\_ טל' נייד אם \_\_\_\_\_  
 טל' נייד תלמיד/ה \_\_\_\_\_ שם בי"ס יסודי \_\_\_\_\_ כתה \_\_\_\_\_  
 ד. פרטים על אחים ואחיות

מס' אחים \_\_\_\_\_ מס' אחיות \_\_\_\_\_ מקום התלמיד/ה בין ילדי המשפחה (1,2,3...)  
 סה"כ ילדים במשפחה \_\_\_\_\_ חבר בקופ"ח \_\_\_\_\_  
 אם הילד/ה מתגורר/ת באופן קבוע בכתובת נוספת אנא ציינו אותה.

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

לצרכי משרד : תאריך פתיחת כרטיס \_\_\_\_\_

## טופס ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ ואפוטרופוס של התלמיד \_\_\_\_\_ (שפ פרטי+שם משפחה). (להלן: התלמיד) נותנים לכם בזה רשות למסור לצורך טיפול, לכל רופא ו/או אחות שימנו עם הצוות הרפואי של בית הספר בעתיד ו/או לצוות הרפואי של כל בית ספר אחר אליו יעבור התלמיד (להלן: "המבקש"), את הנתונים הרפואיים בכרטיס הבריאות של התלמיד, ומוותרים על סודיות רפואית כלפי המבקש.

שם האב _____	שם האם _____
מס' זהות _____	מס' זהות _____
כתובת _____	כתובת _____
חתימת האב _____	חתימת האם _____

תאריך: \_\_\_\_\_

# הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד/ה

בית הספר: \_\_\_\_\_ יישוב: \_\_\_\_\_

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

כיתה \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי:

✓ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

✓ יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

1. פעילות גופנית.

2. טיולים.

3. פעילות אחרת: \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

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

לתקופה: \_\_\_\_\_

4. 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: \_\_\_\_\_

5. אני מאשר/ת כי ידוע לי שמשרד הבריאות מחסן תלמידים בבית הספר לפי תכנית חיסונים הנקבעת על ידו ומתפרסמת בעיתונות לקראת כל שנת לימודים.

6. אני מאשר/ת מתן חסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית הספר.

7. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה או לאחות בית הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאותי הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי, למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד/ה.

8. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד/ה יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר.

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

10. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בני/בתי.

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך

דף ליועצת

שם פרטי:

שם משפחה:

ביה"ס המזין:

מצב משפחתי:

סטטוס התלמיד במשפחה:

ציונים:

מתמטיקה \_\_\_\_\_ הקבצה \_\_\_\_\_ אנגלית \_\_\_\_\_ הקבצה \_\_\_\_\_ היסטוריה \_\_\_\_\_.

האם קיימים אבחונים: \_\_\_\_\_

מעוניין להיות בכיתה עם : 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

התרשמות כללית:

---

---

---

---

חתימת היועצת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

מתקבל בתנאי של שינוי ציון/ים:

מקצוע	ציון נוכחי	ציון מבוקש בסוף שנה"ל