

כרטיס תלמיד/ה

יש לצרף צילום ת.ז של הורה כולל ספח •

פרטי התלמיד/ה:			
ת.ז.:	שם משפחה:	שם פרטי:	תאריך לידה:
_____	_____	_____	_____
כתובת:	יישוב:	ארץ לידה:	תאריך עלייה:
_____	_____	_____	_____
טל' בית:	נייד:	מין: זכר / נקבה	
_____	_____		
נרשם/נרשמה לכיתה:	הגיע/ה מביה"ס:		
_____	_____		

\*אימייל: \_\_\_\_\_

פרטי האם:			
ת.ז.:	שם משפחה:	שם פרטי:	תאריך לידה:
_____	_____	_____	_____
ארץ לידה:	שנת עלייה:	מקום עבודה:	מקצוע:
_____	_____	_____	_____
טל' עבודה:	נייד:	השכלה:	יישוב:
_____	_____	_____	_____

\*אימייל: \_\_\_\_\_

פרטי האב:			
ת.ז.:	שם משפחה:	שם פרטי:	תאריך לידה:
_____	_____	_____	_____
ארץ לידה:	שנת עלייה:	מקום עבודה:	מקצוע:
_____	_____	_____	_____
טל' עבודה:	נייד:	השכלה:	יישוב:
_____	_____	_____	_____

\*אימייל: \_\_\_\_\_

\*\* מצב משפחתי: 1. נשוי/אה. 2. גרושה. 3. חד הורית. 4. אלמן/ה. 5. רווק/ה.

נתונים משפחתיים:			
מס' נפשות במשפחה:	מס' ילדים במשפחה:	מס' אחים עד גיל 18:	מיקום התלמיד/ה בבית:
_____	_____	_____	_____
מס' אחים בביה"ס:			
_____			

חתימת ההורים: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

לשימוש המשרד

שולס ב: { } הוראת קבע { } שיק { } מזומן.

תאריך: \_\_\_\_\_ מס' קבלה: \_\_\_\_\_ סכום: \_\_\_\_\_ ₪

## טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_

אל: מחנך/ת הכיתה אדון / גברת \_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ \_\_\_\_\_

הכתובת: \_\_\_\_\_

כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_

ארץ הלידה: \_\_\_\_\_ שנת העלייה \_\_\_\_\_ מס' ילדים במשפחה \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_ מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_

אני מצהירה/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה)

1. לא 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
- פעילות בחדר כושר
- טיולים

- תחרות ספורט של בתי הספר (כיתות ז'-י"ב)

- פעילות אחרת \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה \_\_\_\_\_

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על – ידי \_\_\_\_\_

לתקופה \_\_\_\_\_

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/ ת באופן קבוע: לא/כן.

פרט: \_\_\_\_\_

רח' שטיינמץ 1 נהריה ת"ד 10085; טל': 04-6880519, פקס: 04-6880520, אדמיניסטרציה: 04-6880513.

חטיבת ביניים נופר: טל': 04-9106000, פקס: 04-9106007.

סמל מוסד: 244152.

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 למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
10. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
11. לבני/בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן  
אם כן, פרט לאיזה חיסון \_\_\_\_\_  
תיאור התגובה: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
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 לאחות בית הספר.

חתימת ההורים

שמות ההורים +משפחה

התאריך

תאריך: \_\_\_\_\_

כתב ויתור סודיות

אנו החתומים מטה, הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ בעלת ת.ז.: \_\_\_\_\_

מכיתה: \_\_\_\_\_ מבי"ס: \_\_\_\_\_

נותנים בזאת הסכמתנו להעביר לצוות החינוכי / רפואי / הייעוצי של ביה"ס, מידע רלוונטי על מצבו/ה של בננו/בתנו בנושא:

- בריאות.
- קבלת מידע מהצוות הייעוצי של ביה"ס המזין.
- קבלת מידע משפ"ח (שרות פסיכולוגי חינוכי).

נתונים אלו יעזרו לנו לקלוט את ילדכם / ילדתכם באופן מקצועי ומותאם.

ולראייה באנו על החתום:

שם האם: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

העתק: תיק אישי.

תאריך: \_\_\_\_\_

כתב היתר- צילום ופרסום

**הורים יקרים שלום,**

במהלך הלמידה והפעילות הענפה בביה"ס נחשף/ת בנכם/בתכם למאות פעילויות חברתיות, אשר בהם הננו מתעדים ומצלמים את הפעילות. על פי חוק הננו זקוקים לאישורכם להופעת ילדיכם בתמונות או במצגות ועל כן הננו מבקשים את חתימתכם על כתב הסכם זה.

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_

חתימת ההורה: \_\_\_\_\_



העתק: תיק אישי.