

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

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

אל: הארה, בשיתוף עם משרד המדע והטכנולוגיה והרשויות המקומיות

מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_

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

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ

הכתובת: \_\_\_\_\_

כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_

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

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

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

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות קייטנת המדעים של משרד המדע.
- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות קייטנת המדעים של משרד המדע:

– פעילות גופנית

– טיולים

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

– 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 להודיעכם על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע אתכם על אודותיו:

\_\_\_\_\_

חתימת ההורים

\_\_\_\_\_

שמות ההורים

\_\_\_\_\_

תאריך