

"אמנה" אולפנת בני-עקיבא
ע"ש הרב יהודה רוזנברג זצ"ל

אולפנת תורנית - תיכונית לבנות
רחוב תל-חי 6, כפר-סבא 44456
טל': 09-7673444, 7657122, 09-7655121, פקס: 09-7673444
למכתבים: ת.ד. 144, כפר-סבא 44101
E-Mail: amana_ks@hotmail.com



אולפנת בני-עקיבא כפר-סבא

"AMANA" ULPENAT BNEI-AKIVA

GIRLS HIGH-SCHOOL FOR RELIGIOUS & GENERAL STUDIES

6. TEL-HAI ST. KFAR-SABA 44456, TEL: 09-7655121, 7657122, FAX: 09-7673444

בס"ד, סיון תש"פ
יוני 2020

הורים יקרים

שלום רב,

הנדון: הצהרת בריאות לשנה"ל תשפ"א.

מצ"ב טופס הצהרת בריאות עפ"י הנחיות משרד החינוך. נבקשכם להדפיס את הטופס למלא ולחתום עליו ולתת אותו לבת כדי שתמסור למחנכת ביום הראשון לתחילת שנה"ל. (יום שלישי י"ב באלול תש"פ 1.9.20).

טופס זה נחוץ לכל תלמידה עם תחילת שנת הלימודים.

הצהרת הבריאות הינה כלי עזר בלבד לאחות ולצוות הרב מקצועי, לפני כל פעילות הקשורה לבריאות התלמידה כדי לדעת מראש על בעיות בריאות קיימות. וכשם שאין תלמידה יוצאת לפעילות ספורט או טיול ללא הצהרת בריאות, כך אין בדיקות סינון וחיסונים, לא יוכלו להתבצע ללא חתימתכם על הצהרת הבריאות.

תודה על שיתוף הפעולה

ההנהלה

"אמנה" אולפנת בני-עקיבא
ע"ש הרב יהודה רוזנברג זצ"ל

אולפנת תורנית - תיכונית לבנות
רחוב תל-חי 6, כפר-סבא 44456
טל': 09-7657122, 7657121-09, פקס: 09-7673444
למכתבים: ת.ד. 144, כפר-סבא 44101
E-Mail: amana_ks@hotmail.com



"AMANA" ULPENAT BNEI-AKIVA
GIRLS HIGH-SCHOOL FOR RELIGIOUS & GENERAL STUDIES

6. TEL-HAI ST. KFAR-SABA 44456. TEL: 09-7655121, 7657122. FAX: 09-7673444

אולפנת בני-עקיבא כפר-סבא

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: _____ היישוב: _____

אל: _____ מחנך/ת הכיתה מר/גב _____

מאת: _____ הורי התלמיד/ה _____

שם משפחה ושם פרטי _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____

תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ _____

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון נייד: _____

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית ספר ומטעמו.

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

- פעילות גופנית
- תחרות ספורט של בתי הספר
- פעילות בחדר כושר
- פעילות אחרת
- טיולים

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי _____

לתקופה _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן .

פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות:

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____

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

פרט: _____

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

פרט: _____

"אמנה" אולפנת בני-עקיבא
ע"ש הרב יהודה רוזנברג זצ"ל

אולפנת תורנית - תיכונית לבנות
רחוב תל-חי 6, כפר-סבא 44456
טל': 09-7657122, 09-7655121, פקס: 09-7673444
למכתבים: ת.ד. 144, כפר-סבא 44101
E-Mail: amana_ks@hotmail.com



"AMANA" ULPENAT BNEI-AKIVA

GIRLS HIGH-SCHOOL 2-5

6, TEL-HAI ST. KEAR-SABA 44456, TEL: 09-7655121, 7657122, FAX: 09-7673444

אולפנת בני-עקיבא כפר-סבא

6. במידה וסומן כן בלפחות אחת מהשאלות 2-5 אשר לנסף 2-5:
א. סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.
ב. מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.
מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית.

האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

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

8. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

10. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:

- בכיתה א': חיסון נגד חצבת - חזרת - אדמת - אבעבועות רוח
- בכיתה ב': (חיסון נגד אסכרה) דיפתריה - (פלצת) טטנוס - (שעלת - שיתוק ילדים) פוליו - (חיסון נגד שפעת).
- בכיתה ג': חיסון נגד שפעת.
- בכיתה ח': (חיסון נגד אסכרה) דיפתריה - (פלצת) טטנוס - (שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)).

11. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

12. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן

אם כן, פרט לאיזה חיסון _____

תיאור התגובה _____

13. 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.

14. אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקת בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

15. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון SMS/ אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

16. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: _____ מספר טלפון: _____

_____ חתימת ההורים

_____ שמות ההורים

_____ תאריך

"אמנה" אולפנת בני-עקיבא
ע"ש הרב יהודה רוזנברג זצ"ל

אולפנת תורנית - תיכונית לבנות
רחוב תל-חי 6, כפר-סבא 44456
טל': 7657122, 09-7655121, פקס: 09-7673444
למכתבים: ת.ד. 144, כפר-סבא 44101
E-Mail: amana_ks@hotmail.com



אולפנת בני-עקיבא כפר-סבא

"AMANA" ULPENAT BNEI-AKIVA

GIRLS HIGH-SCHOOL FOR RELIGIOUS & GENERAL STUDIES

6. TEL-HAI ST. KFAR-SABA 44456, TEL: 09-7655121, 7657122, FAX: 09-7673444

בס"ד,

טופס ויתור על סודיות רפואית

אני החת"מ הוריו / או אופוטרופוסיו של התלמידה _____
(להלן: התלמידה) 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 בית ספר אחר
אליו תעבור התלמידה (להלן: "המבקש"), את כל הנתונים הרפואיים המופעים בכרטיס
הבריאות של התלמידה. אנו מוותרים על סודיות רפואית כלפי המבקש. לא תהיינה
לנו אליכם כל תענה או תביעה מסוג כל שהוא בקשר לני"ל.

שם האב: _____

שם האב: _____

מס' זהות: _____

מס' זהות: _____

כתובת: _____

כתובת: _____

חתימת האם: _____

חתימת האב: _____