



בס"ד
ישיבת בני עקיבא השומרון
 ישיבת תיכונית שש שנתית (סמל מוסד 440958)

6. אני מתחייבת/ת להודיע למחנכתי/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בת.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בת.
8. לחלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידיע את בית הספר על אודותי:

תאריך _____ שנת התיכון _____ תחמת החורים _____

טופס אישור מורים לצוות הבריאות בבית הספר למתן היסוים ולבדיקות

מאת: הוריי התלמיד/ת: _____

השם הפרטי ושם המשפחה _____ מסי' ת"י _____ הכיתה _____

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמידי יקבל/תקבל בני/בתי היסון לפי תכנית היסוים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
2. אני מאשר/ת מתן היסוים לבני/לבתני לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייבת/ת להעביר את פנקס היסוים כנדרש.
3. לבני/לבתני הייתה תגובה חריגה למתן היסון בעבר. לא/כן. פרט באיזה היסון: _____ תיאור התגובה: _____
4. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי בריאות לתלמידי יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מודיע/ת לחשיבות נוכחותי בבדיקה. אני מאשר/ת כי בהיעדרי חתקיים הבדיקה זנוכחות מבוגר אחר.

חתימת החורים _____ שם החורים _____ תאריך _____

קריי שימרון, תד. 259, ד.1 שומרון 44855, פקס: 09-7941190, פקס: 09-7941190
 yeshorim@gmail.com מילל מיוחד לזורים: ysmazkir@gmail.com
 אחר הישיבה: http://www.schooly.co.il/yeshivat-shomron



בס"ד
ישיבת בני עקיבא השומרון
 ישיבת תיכונית שש שנתית (סמל מוסד 440958)

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: _____ הישוב: _____
 אל: מחנכתי/ת הכיתה מרגבי: _____
 מאת: חורי התלמיד/ת _____
 תאריך הלידה: _____ מסי' ת"י _____ הכיתה _____
 חתומת: _____ המין: ז/ג _____
 כתובת הדוא"ל: _____
 ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מסי' הילדים במשפחה _____
 שם האם: _____ מסי' הטלפון הנייד: _____
 שם האב: _____ מסי' הטלפון הנייד: _____

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

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר. (מסומן)
 2. יש לבני/לבתני מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר. (מסומן כדלקמן):
 - פעילות גופנית
 - פעילות בחצר כושר
 - טיולים
 - תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)
 - פעילות אחרת: _____
 - תיאור המגבלה: _____
 - לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____
 - לתקופה: _____
 3. יש לבני/לבתני בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכו'), לא/כן. פרט: _____
 4. בני/בתי נוטלת/ת תרופה/ית באופן קבוע. לא/כן. פרט: _____
 5. בני/בתי סובלת/ת מרגישות לתרופות או למזון. לא/כן. פרט: _____
- מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מחותמי. ראישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____
 חשם, חתומת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

קריי שימרון, תד. 259, ד.1 שומרון 44855, פקס: 09-7929966, פקס: 09-7941190
 yeshorim@gmail.com מילל מיוחד לזורים: ysmazkir@gmail.com
 אחר הישיבה: http://www.schooly.co.il/yeshivat-shomron