



מדינת ישראל
משרד החינוך

הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בגן הילדים

גן הילדים: _____ היישוב: _____

אל: הגננת מנהלת הגן _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

השם הפרטי ושם המשפחה: _____

מס' ת"ז: _____

תאריך לידה: _____

1. אני מצהיר/ה כי (סמך/י את האפשרות המתאימה):

☐ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעת מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בגן ומטעמו.

☐ יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנערכת בגן ומטעמו,

כדלקמן:

☐ פעילות גופנית

☐ טיולים

☐ פעילות אחרת

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____



7.אני מאשרת שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקה/ הזרקות

☐ **בריאות השן:** בחלק מגני הילדים מופעלת תכנית למניעת עששת באמצעות צחצוח שיניים מודרך. הורי הילדים בנגים בהם תתקיים התוכנית יקבלו על כך הודעה מפורשת.

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – המוסרו שלא כדין עובר עבירה