



מדינת ישראל
משרד החינוך

הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בגן הילדים

גן הילדים: _____ היישוב: _____

אל: הגנת מנהלת הגן _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

השם הפרטי ושם המשפחה: _____

מס' ת"ז: _____

תאריך לידה: _____

1. אני מצהיר/ה כי (סמן/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 שנ ניתן על-ידי _____:

לתקופה: _____



מדינת ישראל
 משרד החינוך

2. האם קיימת לתלמיד/ה בעיה בריאותית כרונית? **כן / לא**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> צליאק - כרסת קרישיות דם - | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קרוהן | <input type="checkbox"/> אפילפסיה – מחלת נפילה |
| <input type="checkbox"/> המופיליה קרישיות דם - | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קוליטיס | <input type="checkbox"/> בעיה קרדיולוגית |
| <input type="checkbox"/> טרומבוציטופניה | <input type="checkbox"/> מחלת עור | <input type="checkbox"/> מושתל אברים |
| <input type="checkbox"/> מחסור באנזים G6PD | <input type="checkbox"/> ניוון שרירים - דושן | <input type="checkbox"/> מחלה ממארת – |
| <input type="checkbox"/> בעיה כרונית אחרת | <input type="checkbox"/> סוכרת מסוג 1 - סוכרת נעורים | <input type="checkbox"/> טיפול כימוטרפיה |

פירוט: (יש לצרף מסמך מרופא מומחה)



3. האם התלמיד/ה נוטל/ת תרופה/תרופות באופן קבוע? **כן / לא**

פירוט התרופות:



4. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות לתרופות? **כן / לא**

פירוט:



5. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות למזון או לחומרים אחרים? **כן / לא**

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> שמרים | <input type="checkbox"/> עקיצת צרעות | <input type="checkbox"/> חלב | <input type="checkbox"/> אגוזים |
| <input type="checkbox"/> שקדים | <input type="checkbox"/> פול | <input type="checkbox"/> יוד | <input type="checkbox"/> בוטנים |
| <input type="checkbox"/> חומר/מזון אחר | <input type="checkbox"/> צמחים (אבקנים) | <input type="checkbox"/> לטקס | <input type="checkbox"/> ביצים |
| | <input type="checkbox"/> קיווי | <input type="checkbox"/> סויה | <input type="checkbox"/> גלוטן (חיטה) |
| | <input type="checkbox"/> קרדית אבק הבית | <input type="checkbox"/> עקיצת דבורים | <input type="checkbox"/> דבש |
| | <input type="checkbox"/> שומשום | <input type="checkbox"/> עקיצת יתושים | <input type="checkbox"/> דגים |

פירוט:

במידת הצורך ועל פי המלצת רופא יש לשאת מזרק אפינפרין (אפיפן) אישי



מדינת ישראל
משרד החינוך



6. האם התלמיד/ה נושא/ת מזרק אפינפריין (אפיפן) אישי? כן / לא

***יש לצרף מסמך רפואי מרופא מומחה**

•



מדינת ישראל
משרד החינוך

7. אני אחראית/לוודא שצוות הגן יקבל הנחיה לגבי העזרה הראשונה הנדרשת לתלמיד/ה במקרה חירום בשל מצבו/ה הבריאותי.
(סעיף זה מתייחס רק לילדים שצוין שיש להם בעיה בריאותי)

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

בדיקת ראייה עין עצלה- בדיקה לא פולשנית. הורי הילדים יקבלו הודעה מפורשת לקראת מועד הבדיקה בגן ילדיהם.

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

9.. במקרה של בעיה רפואית ניצור קשר עם :

קרבה: _____ טלפון: _____ שם מלא: _____
קרבה: _____ טלפון: _____ שם מלא: _____

:
אני מאשר/ת את העברת המידע המופיע בהצהרת בריאות זו, שמולאה על ידי, לצוות החינוכי ו/או לצוות בריאות התלמיד מטעם משרד הבריאות ו/או מי מטעמו, לשימוש בו בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי ומתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצבו/במצבה הבריאותי.



שם ההורה _____ ת"ז _____

תאריך _____ חתימה _____

*במידה וההורים פרודים/ גרושים – נדרשת חתימת כל אחד מההורים.

שם ההורה _____ ת"ז _____

תאריך _____ חתימה _____