

בית-הספר התיכון המקיף יהוד
ע"ש ארגון המורים היהודיים בניו-יורק
יהוד, מבוא יונתן ת.ד. 180 מיקוד 56000 טל': 03-5395400 פקס' 5364735

תאריך: _____

הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד/ה

את הטופס יש לשלוח במעטפה סגורה

אל: אחות תיכון מקיף יהוד

מאת: הורי התלמיד/ה

שם התלמיד/ה _____ ת.ז. התלמיד/ה _____

אני מצהיר/ה כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית-הספר ומטעמו.

2. בני/ בתי סובל/ת מ: _____

3. תיאור המגבלה _____

4. מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____

לתקופה: _____

5. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית ושיעורי חינוך גופני

- טיולים, מסעות

- פעילות שלי"ח וגדנ"ע

- פעילות אחרת: _____

6. לבני/ בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד') _____

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____

לתקופה: _____

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

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

8. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות המוסד על הנושאים הכרוכים בכל הקשרו למגבלה הבריאותית של בני/ בתי.

תאריך _____ שם ההורים _____ חתימת ההורים _____