



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

## בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



ניסן תשפ"ב  
אפריל 2022

### הצהרת בריאות

על מנת להבטיח את בריאות התלמיד/ה בביה"ס נבקשכם למלא את הפרטים בשלמותם.  
נא למלא את השאלון בכתב ברור, הטופס יועבר למחנך/ת חתום ע"י ההורה .

שם מלא של התלמיד/ה	תאריך לידה	מס' תעודת זהות
כתובת	מיקוד	טלפון נייד
טלפון נייד של הורה 1	טלפון נייד של הורה 2	טלפון בבית

### אני מצהיר/ה כי :

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

2. יש לבני / בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות בבית ספר ומטעמו כדלקמן :

- פעילות גופנית \_\_\_\_\_
- טיולים \_\_\_\_\_
- פעילות אחרת \_\_\_\_\_
- תיאור המגבלה \_\_\_\_\_
- מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_
- לתקופה \_\_\_\_\_

3. יש לבני / בתי בעיה בריאותית כרונית ( כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד') . לא / כן . פרט : \_\_\_\_\_

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

ביה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' סמדר פינת רוקח (רוקח 118) ת"ד 10173 מיקוד 5259228, פקס: 03-6239212, 03-6239222  
אתר: <http://www.ohel-shem.com> דוא"ל: [ohelshem@ohel-shem.com](mailto:ohelshem@ohel-shem.com)



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

## בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



5. בני / בתי סובלת/ מרגישות לתרופות או למזון : לא / כן . פרט :

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/ הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה שניתן על ידי : \_\_\_\_\_ לתקופה : \_\_\_\_\_  
השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותיות :

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

7. להלן מידע נוסף לגבי בריאות בני/בתי, שברצוני לידע אודותיו את בית הספר :

חתימת ההורה

שם ההורה

תאריך

ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' סמדר פינת רוקח (רוקח 118) ת"ד 10173 מיקוד 5259228, ☎ 03-6239222, פקס: 03-6239212

דוא"ל: E-mail: ohelshem@ohel-shem.com

אתר: http://www.ohel-shem.com