



מדינת ישראל
משרד החינוך

הצהרת בריאות שנתית

לשנת _____

- יש למלא הצהרת בריאות שנתית עבור כל תלמיד/ה בנפרד. מתן מידע מלא ומפורט יאפשר לצוות החינוכי בבית הספר לדעת על מגבלות רפואיות שונות.
- בסעיפים שבהם ציינת שקיימת בעיה רפואית, יש לציין מהי הבעיה ולפרט במידת הצורך. אם אין ערך מתאים ברשימה, חובה לפרט.
 - במסגרת ההצהרה מוצג מפרט החיסונים שבשגרה ובדיקות הסקר לפי שלבי חינוך ולפי כיתות, הניתנים לתלמידים במוסד החינוכי.
 - חובה לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.
 - יש להקיף בעיגול **כן / לא**, אם סימנת כן, יש למלא את הפרטים שמתחת לשאלה.
 - כל השדות הינם חובה למילוי.

שם התלמיד/ה: _____ כיתה: _____ שם מוסד: _____

1. האם קיימת מגבלה בריאותית המונעת מהתלמיד/ה להשתתף בפעילות בית ספרית ומטעמו?

כן / לא

טיול

פעילות בחדר כושר

פעילות גופנית

תחרות ספורט של בתי הספר

פעילות אחרת

פירוט: _____

* יש לצרף לטופס זה מסמך רפואי המפרט את המגבלה של התלמיד.



מדינת ישראל
משרד החינוך

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

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

פירוט:



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

פירוט:

* במידת הצורך ועל פי המלצת רופא יש לשאת מזרק אפיפן אישי



מדינת ישראל
משרד החינוך

6. הסכמה לקבלת חיסון במסגרת שירותי הבריאות לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
כן / לא

רשימת חיסונים	כיתה
חיסון נגד חצבת, חזרת, אדמת ואבעבועות רוח - חיסון MMRV	א'
חיסון נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס), *שעלת, שיתוק ילדים Tdap-IPV חיסון נגד שפעת	ב'
חיסון נגד שפעת	ג'
חיסון נגד שפעת	ד'
חיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת - חיסון Tdap, חיסון נגד נגיף הפפילומה - חיסון HPV **	ח'

* החיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת ניתן בכיתה ב' ו-ח' ובמחוז צפון ודרום בכיתות א' ו-ח'.
** החיסון נגד נגיף הפפילומה ניתן בשתי מנות בכיתה ח' ובמחוזות מרכז, חיפה ודרום המנה הראשונה בכיתה ז' והמנה השנייה בכיתה ח'.

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים, יש לפרט: _____



7. האם לתלמיד/ה היתה תגובה חריגה למתן חיסון? כן / לא

פירוט: _____



8. הסכמה שהתלמיד/ה יעבור/תעבור בדיקות סקר בהתאם לשכבת הגיל שלו/שלה בשנת הלימודים הנוכחית. כן / לא

רשימת בדיקות	כיתה
בדיקת ראייה, בדיקת שמיעה, בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה	א'
בריאות הפה והשיניים	ב'
בריאות הפה והשיניים	ג'
בריאות הפה והשיניים	ד'
בריאות הפה והשיניים	ה'
בריאות הפה והשיניים	ו'
בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה	ז'
בדיקת ראייה	ח'

אם אין הסכמה לחלק מהבדיקות, יש לפרט: _____



מדינת ישראל
משרד החינוך

9. הסכמה לקבלת מסרון SMS ודוא"ל על אודות חיסונים, בדיקות סקר ותוצאות בדיקות הסינון במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד. **כ / לא**



10. במקרה של בעיה רפואית יש ליצור קשר עם:

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____



אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בבית הספר בכל הקשור למצב הבריאות של התלמיד/ה ומתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצבו הבריאותי.

בתקופת ההתמודדות עם נגיף הקורונה:

- אני מצהיר/ה כי לא אשלח את התלמיד/ה למוסד החינוך אם יפתח/תפתח את התסמינים הבאים:
- חום גוף מעל 38 מעלות צלזיוס ב-48 השעות האחרונות.
- שיעול וקשיים בנשימה, למעט שיעול או קושי בנשימה הנובע ממצב כרוני כגון אסטמה או אלרגיה.
- התלמיד/ה נדרש/ת לבידוד על פי הנחיות משרד הבריאות, לרבות פנייה לרופא באשר לחשד להדבקה בקורונה, עד לחזרת תוצאות הבדיקה עם ממצא שלילי או עד לקבלת אישור כאמור לסיום תקופת הבידוד.



הוצהר על ידי _____ ת"ז _____

תאריך _____ חתימה _____