



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



הצהרת בריאות תשפ"ד

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 _____

ביה"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



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



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

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

5. בני / בתי סובל/ת 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