



מדינת ישראל  
משרד הבריאות

2. האם קיימת לתלמיד/ה בעיה בריאותית כרונית? **כן / לא**
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> צילאק - כרסם        | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קרוזון        | <input type="checkbox"/> אסטמה                       |
| <input type="checkbox"/> קרישות דם - המופליה | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קולטיים       | <input type="checkbox"/> אפילפסיה - מחלת נפילה       |
| <input type="checkbox"/> טרומבוציטופניה      | <input type="checkbox"/> קרישות דם - טרומבוציטופניה | <input type="checkbox"/> מחלת עור                    |
|  | <input type="checkbox"/> G6PD                       | <input type="checkbox"/> ניוון שרירים - דושן         |
|  | <input type="checkbox"/> בעיה כרונית אחרת           | <input type="checkbox"/> סוכרת מסוג 1 - סוכרת נעורים |
- פירוט: \_\_\_\_\_

3. האם התלמיד/ה מטל/ת תרופה/תרופות באופן קבוע? **כן / לא**  
פירוט התרופות: \_\_\_\_\_

4. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות לתרופות? **כן / לא**  
פירוט: \_\_\_\_\_

5. האם קיימת לתלמיד/ה לרשעות לפזון או לחומרים אחרים? **כן / לא**
- |  |   |                                       |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> שמרים         | <input type="checkbox"/> חלב            | <input type="checkbox"/> אגוזים       |
| <input type="checkbox"/> שקדים         | <input type="checkbox"/> יוד            | <input type="checkbox"/> בוטנים       |
| <input type="checkbox"/> חומר/מזון אחר | <input type="checkbox"/> פול            | <input type="checkbox"/> בצאים        |
|  | <input type="checkbox"/> צמחים (אבקנים) | <input type="checkbox"/> לסקס         |
|  | <input type="checkbox"/> קווין          | <input type="checkbox"/> מוזה         |
|  | <input type="checkbox"/> קרדית אבק רבות | <input type="checkbox"/> עקיצת דבורים |
|  | <input type="checkbox"/> שומשים         | <input type="checkbox"/> עקיצת יתושים |
|  | <input type="checkbox"/> דגים           |                                       |
- פירוט: \_\_\_\_\_

\* במידת הצורך ועל פי המלצת הרופא יש לשאת מדוק אפיון אישי  
האם התלמיד/ה נושא/ת מדוק אפיון אישי? **כן / לא**

מכיל מידע מוגן לפי חוקי הגנת הפרטיות - המוסרן שלא כדון עובר עבירה



מדינת ישראל  
משרד הבריאות

# 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.  
במסגרת ההצהרה מוצג מפרט החיסונים שבמגרה ובדיקות הסקר לפי שלבי חינוך ולפי ניתוח, הניתנים לתלמידים במוסד החינוכי.  
חובה לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.  
יש להקיף בעגול **כן / לא**, אם סימנת כן, יש למלא את הפרטים שמתחת לשאלה.

- כל השדות הינם חובה למילוי.
- במסגרת ההצהרה מוצג מפרט החיסונים שבמגרה ובדיקות הסקר לפי שלבי חינוך ולפי ניתוח, הניתנים לתלמידים במוסד החינוכי.
- חובה לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.
- יש להקיף בעגול **כן / לא**, אם סימנת כן, יש למלא את הפרטים שמתחת לשאלה.

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ ת"י: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ שם מוסד: \_\_\_\_\_

1. האם קיימת מגבלה בריאותית המונעת מהתלמיד/ה להשתתף בפעילות בית ספרית ומשעמו?  
**כן / לא**
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> טויל                    |
| <input type="checkbox"/> פעילות בחדר כושר        |
| <input type="checkbox"/> פעילות גופנית           |
| <input type="checkbox"/> חדרות ספורט של בתי הספר |
| <input type="checkbox"/> פעילות אחרת             |
- פירוט: \_\_\_\_\_

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

מכיל מידע מוגן לפי חוקי הגנת הפרטיות - המוסרן שלא כדון עובר עבירה



מדינת ישראל  
משרד החינוך

10. הסכמה לקבלת מסרון SMS וזוא"ל על אודות חיסונים, בדיקות סקר ותוצאות בדיקות הפינו  
במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד. **כן / לא**

11. במקרה של בעיה רפואית יש ליצור קשר עם:

• שם מלא: \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_

• שם מלא: \_\_\_\_\_ מספר טלפון: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת מתן פירעו/אז העברת הצגרת הבריאות לצוות החינוכי ו/או לצוות בריאות התלמיד בבית  
הספר מטעם משרד הבריאות ו/או מי מטעמו בכל הקשור לסגב הבריאות של בני/בתו ומתחייב/ת  
להודיע למתקן/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצב/במצבה הבריאותי.

ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
חוצה על ידי \_\_\_\_\_ מאריך \_\_\_\_\_

מכיל מידע מונו לרפי חוגי הנגה הפרטיות – המוסרו שלא כדיו עובר עבירה



מדינת ישראל  
משרד החינוך

7. הסכמה לקבלת חיסון במסגרת שירותי הבריאות לפי חוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.  
**כן / לא**

**רשימת חיסונים**

שמות חיסונים	כותרה
חיסון נגד אבעבועות חרות, אדמת אבעבועות חרות - חיסון MMRAM	א
חיסון נגד אסכרת (דיפטריה), פלגה (טטנוס), *שעלתי, שיתוק ילדים-קדקדק-חיסון נגד שפעת	ב
חיסון נגד שפעת	ג
חיסון נגד שפעת	ד
חיסון נגד אסכרת, פלגה ושעלתי - חיסון DTPa, חיסון נגד נגיף הפפילומה - חיסון HPV**	ה

\* החיסון נגד אסכרת, פלגה ושעלתי ניתן בכיתה ב' י-ח' ובמחוז אשדודם ובסדרים ביטוחים א' ו-ח'.  
\*\* החיסון נגד נגיף הפפילומה ניתן בשתי מנות במסגרת ה' ובמחוזות מרכז, חיפה ודרום המנה הראשונה בכיתה ז' והמנה השנייה בכיתה ח'.

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים, יש לפרט:

8. האם לתלמיד/ה הייתה תגובה חריגה למתן חיסון? **כן / לא**

פירוט:

9. הסכמה שהתלמיד/ה יעבור/תעבור בדיקות סקר בהתאם לשכבת הגיל שיל/שלה בשנת הלימודים הנוכחית. **כן / לא**

**רשימת בדיקות**

רשימת בדיקות	כותרה
בדיקות ראיות, בדיקות שכיחה, בריאות הפה והשיניים, הערכת 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, הערכת ואומדן גדילה	ז
בדיקות ראיות	ח

אם אין הסכמה לחלק מהבדיקות, יש לפרט:

מכיל מידע מונו לרפי חוגי הנגה הפרטיות – המוסרו שלא כדיו עובר עבירה