



מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המינהל לחינוך התיישבותי, פנימייתי ועליית הנוער  
האגף לקליטה והשמת תלמידים בפנימיות

**הצהרה על מצב בריאות**

פרטי המועמד:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מין: זכר/נקבה

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ארץ מוצא: \_\_\_\_\_

תאריך עליה: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות כרוניות שיש לבני/בתי.
2. לבני/בתי יש מגבלות בריאותיות (כגון: אסטמה, סכרת, אפילפסיה וכדומה)

מצורף אישור רפואי המעיד על המגבלה.

3. לבני/בתי יש בעיות בריאותיות אחרות, נא פרט: \_\_\_\_\_

4. בני/בתי עברה/אשפוז/ניתוח – לא/כן, נא פרט: \_\_\_\_\_

5. בני/בתי נוטל/ת תרופה באופן קבוע: לא/כן, נא פרט: \_\_\_\_\_

6. בני/בתי סובלת/מרגישות לתרופות: לא/כן, נא פרט: \_\_\_\_\_

7. בני/בתי סובלת/מרגישות לחומר אחר: כן/לא נא פרט: \_\_\_\_\_

8. אני מתחייב/ת להודיע לפנימייה על שינוי שיחול במצב הבריאות של בני/בתי.

9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את הפנימייה אודותיו: \_\_\_\_\_

10. האם בנד/בתך מחוסן ע"פ הנחיות משרד הבריאות: כן/לא.

11. האם הנך מתנגד לחיסונים כן / לא

12. אני מסכים כי האגף יהיה רשאי לקבל לידיו מידע רפואי מכל גורם ולהעבירו למקום החינוך. אני

מוותר על סודיות בקשר לקבלת המידע והעברתו.

13. אני מאשר לצוות הפנימייה לטפל בבני/בתי במצבים דחופים וכן לשלוח אותנו לטיפול רפואי

במידת הצורך.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_