



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 הסינון 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: _____ ת"ו: _____ כיתה: _____ שם מוסד: _____

חלק א' - הצהרת ההורים על מצבו הבריאותי של התלמיד

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:

*אם סימנת כן, יש לצרף לטופס זה מסמך רפואי המפרט את המגבלה של התלמיד.



מדינת ישראל
משרד הבריאות

חלק ב' - שירותי בריאות התלמיד הניתנים על ידי משרד הבריאות, מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי

- השירות ניתן בהתאם למחוזות משרד הבריאות - [קישור לתכנית החיסונים לתלמידי בית ספר](#)
משרד הבריאות. לסריקה - 
- בכל שנה הנכם חותמים על פי השירותים הניתנים לפי שכבת הגיל בו ילדכם לומד:

כיתה	בדיקות סינון	חיסונים
א	- הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה) - בדיקת ראייה - בדיקת שמיעה - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (MMRV): נגד חזרת, חצבת, אדמת ואבעבועות רוח - במחוזות (משרד הבריאות) דרום וצפון יכול להינתן גם חיסון משולב (Tdap+ Ipv) : נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו - בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ב	- השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה א') - השלמת בדיקת שמיעה (אם לא בוצעה בכיתה א') - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (Tdap+ Ipv): נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו - חיסון נגד שפעת
ג	בדיקת שיניים	חיסון נגד שפעת
ד	בדיקת שיניים	חיסון נגד שפעת
ה	בדיקת שיניים	בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ו	בדיקת שיניים	בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ז	- הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה) - בדיקת שיניים	במחוזות (משרד הבריאות) דרום, מרכז, חיפה, תל אביב, אשקלון וצפון (ללא נפת צפת) תינתן מנה ראשונה של חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV)
ח	- בדיקת ראייה - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (Tdap): נגד אסכרה, פלצת, שעלת - חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV) בשתי מנות
ט	- השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה ח') - בדיקת שיניים	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
י	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
יא	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
יב	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו

השלמת חיסונים תבוצענה בכל שנה בהתאם לצורך, השלמת בדיקת סינון (ראיה ושמיעה) תבוצענה בשנה העוקבת לתלמיד שלא נבדק.

בחינוך המיוחד ניתנים החיסונים לפי גיל התלמיד

* החיסון במחוזות דרום וצפון (משרד הבריאות) יכול להינתן גם לתלמידי כיתה א'

** חיסון הפפילומה במחוזות דרום, מרכז, חיפה, תל אביב, אשקלון וצפון (ללא נפת צפת), תינתן המנה הראשונה בכיתה ז'

*** חיסון נגד שפעת - בחינוך המיוחד, החיסון ניתן לתלמידי כיתות א' - ו'

7. אני מאשר/ת במסגרת שירותי בריאות לתלמיד, יקבל/תקבל בני/ביתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות. כן / לא

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים יש לפרט:



פירוט:

□ □

•

•

■ ■ ■

הוצאה על ידי _____ ת"ז _____
תאריך _____ חתימה _____