

רישום וקליטה לשנת הלימודים תשפ"ז ויצו ניר העמק

שם התלמיד/ה _____ כיתה _____



הצהרה

אנו הח"מ שם האב _____ שם האם _____

הורי התלמיד/ה _____ ת.ז. _____ כיתה _____

מצהרים בזאת כדלקמן:

אנו נותנים הסכמתנו לצילום התלמיד/ה לצורך פרסומים בעיתונות, באתר ביה"ס, אתרי אינטרנט של ויצו העולמית ובפייסבוק ניר העמק מבעד לעדשה.

ידוע לנו כי בנוסף לפרסום תמונת התלמיד/ה יתכן ויפורסמו פרטים נוספים כגון: שמו/ה, גילו/ה, מגמת לימודים ופרטי הפעילות בה השתתף/ה.

ידוע לנו כי השימוש בתמונות ובפרטי התלמיד/ה אינו לצרכים מסחריים וכי לא תשולם לנו או לתלמיד/ה תמורה כלשהי.

על החתום

חתימת האם

חתימת האב

כתב ויתור על סודיות

תאריך: _____

שם התלמיד/ה: _____

מס' זהות: _____

שם האב: _____ מס' זהות האב: _____

שם האם: _____ מס' זהות האם: _____

הכתובת: _____

אני הח"מ מוותר/ת בזאת על סודיות המידע מבית הספר הקודם של בני/בתי ומאשר/ת לשירות הפסיכולוגי ו/או למחלקת הרווחה, להעביר לבית ספרנו את דו"ח האבחון שערך בני/בתי לצורך מתן ההתאמות בדרכי היבחנות ו/או לצורך המשך הטיפול הרגשי בבני/בבתי.

ולראיה באנו על החתום:

חתימת האב: _____

חתימת האם: _____

טופס רישום לבית הספר לשנת הלימודים תשפ"ז

תאריך רישום _____ מס' רישום _____

שם המזכירה _____

פרטי התלמיד/ה:

מס' ת.ז./דרכון _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ תאריך לידה _____ / /

מין ז ☐ נ ☐ תאריך עליה _____ / / ארץ לידה _____ קופת חולים _____ שפת דיבור _____

מס' אחים עד גיל 18 _____ כיתת אם _____ תאריך תחילת שיבוץ _____

בית "ס הקודם _____ רח' ומס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב מגורים _____

טל' בית _____ נייד תלמיד _____

כתובת מייל: _____ אזור: _____ עפולה / גלבוע / שומרון

פרטי הורה/אפוטרופוס 1

☐ אב ☐ אם ☐ מצב משפחתי ☐ אומנה ☐ אפוטרופוס אחר (1) ☐ משותף ☐ יחידני (2)

ת.ז./דרכון _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ תאריך לידה _____

תאריך עליה _____ ארץ לידה _____ משלם שנות לימוד _____

עיסוק _____ רח' ומס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב מגורים _____

טלפון בית _____ טלפון נייד _____ מייל: _____

פרטי הורה/אפוטרופוס 2

☐ אב ☐ אם ☐ מצב משפחתי ☐ אומנה ☐ אפוטרופוס אחר (1) ☐ משותף ☐ יחידני (2)

ת.ז./דרכון _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ תאריך לידה _____

תאריך עליה _____ ארץ לידה _____ משלם שנות לימוד _____

עיסוק _____ רח' ומס' בית _____ כניסה _____ דירה _____ יישוב מגורים _____

טלפון בית _____ טלפון נייד _____ מייל: _____

בני משפחה הלומדים בבית "ס: _____ בוגרים שלמדו בבית "ס: _____

הצהרת הרושם ☐ הורה ☐ משפחה אומנה ☐ מיופה כח ☐ אפוטרופוס (נאמן)

שם הרושם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם הרושם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

מסמכים חסרים: א. צילום ת"ז ב. תעודת לימודים ג. דוח מחנך/ת ד. אבחון.

התרשמות צוות הקליטה:

מנהל החטיבה: _____

צוות חינוכי בית "ס / יועצת שכבה: _____

החלטת מנהלת הכפר: _____ תאריך החלטה: _____

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: _____ היישוב: _____

אל: _____ מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

השם הפרטי _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____

תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ

הכתובת: _____

כתובת הדוא"ל: _____

שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית

- פעילות בחדר כושר

- טיולים

- תחרות ספורט של בתי הספר

- פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן

פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____

לתקופה: _____

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

פרט: _____

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: _____

6. במידה וסומן כן בלפחות אחת מהשאלות 2-5 יש לצרף:

א. סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.

ב. מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.

מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית.

האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

7. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

8. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידיע את בית הספר על אודותיו:

10. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:

- בכיתה א': חיסון נגד חצבת – חזרת – אדמת – אבעבועות רוח

- בכיתה ב': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - שיתוק ילדים (פוליו) - חיסון נגד שפעת.

- בכיתה ג': חיסון נגד שפעת

- בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)

11. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

12. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן.

אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____

13. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.

14. אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקות בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיניית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

15. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

16. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם:

מספר טלפון: _____

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך

