



מדינת ישראל
משרד החינוך

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.
- 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 הסקר 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"ז: _____ כיתה: _____ שם מוסד: _____

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: _____

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



מדינת ישראל
משרד החינוך

2. האם קיימת לתלמיד/ה בעיה בריאותית כרונית? **כן / לא**

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ צליאק - כרסת | ☐ מחלת מעיים - קרוהן | ☐ אסטמה |
| ☐ קרישיות דם - המופיליה | ☐ מחלת מעיים - קוליטיס | ☐ אפילפסיה - מחלת נפילה |
| ☐ קרישיות דם - טרומבוציטופניה | ☐ מחלת עור | ☐ בעיה קרדיולוגית |
| ☐ G6PD | ☐ ניוון שרירים - דושן | ☐ מושתל אברים |
| ☐ בעיה כרונית אחרת | ☐ סוכרת מסוג 1 - סוכרת נעורים | ☐ מחלה ממארת - טיפול כימוטרפי |

פירוט:

.....

3. האם התלמיד/ה נוטל/ת תרופה/תרופות באופן קבוע? **כן / לא**

פירוט התרופות:

.....

4. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות לתרופות? **כן / לא**

פירוט:

.....

5. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות למזון או לחומרים אחרים? **כן / לא**

- | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ שמרים | ☐ עקיצת צרעות | ☐ חלב | ☐ אגוזים |
| ☐ שקדים | ☐ פול | ☐ יוד | ☐ בוטנים |
| ☐ חומר/מזון אחר | ☐ צמחים (אבקנים) | ☐ לטקס | ☐ ביצים |
| | ☐ קיווי | ☐ סויה | ☐ גלוטן (חיטה) |
| | ☐ קרדית אבק הבית | ☐ עקיצת דבורים | ☐ דבש |
| | ☐ שומשום | ☐ עקיצת יתושים | ☐ דגים |

פירוט:

* במידת הצורך ועל פי המלצת רופא יש לשאת מזרק אפיפן אישי

.....

6. האם התלמיד/ה נושא/ת מזרק אפיפן אישי? **כן / לא**



מדינת ישראל
משרד הבריאות

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

כיתה	רשימת חיסונים
א'	חיסון נגד חצבת, חזרת, אדמת ואבעבועות רוח - חיסון MMRV
ב'	חיסון נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס), *שעלת, שיתוק ילדים Tdap-IPV חיסון נגד שפעת
ג'	חיסון נגד שפעת
ד'	חיסון נגד שפעת
ח'	חיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת - חיסון Tdap, חיסון נגד נגיף הפפילומה - חיסון HPV **

* החיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת ניתן בכיתה ב' ו-ח' ובמחוז צפון ודרום בכיתות א' ו-ח'.
** החיסון נגד נגיף הפפילומה ניתן בשתי מנות בכיתה ח' ובמחוזות מרכז, חיפה ודרום המנה הראשונה בכיתה ז' והמנה השנייה בכיתה ח'.

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים, יש לפרט: _____

.....

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

פירוט: _____

.....

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

כיתה	רשימת בדיקות
א'	בדיקת ראייה, בדיקת שמיעה, בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה
ב'	בריאות הפה והשיניים
ג'	בריאות הפה והשיניים
ד'	בריאות הפה והשיניים
ה'	בריאות הפה והשיניים
ו'	בריאות הפה והשיניים
ז'	בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה
ח'	בדיקת ראייה

אם אין הסכמה לחלק מהבדיקות, יש לפרט: _____

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות – המוסרו שלא כדין עובר עבירה



מדינת ישראל
משרד החינוך

10. הסכמה לקבלת מסרון SMS ודוא"ל על אודות חיסונים, בדיקות סקר ותוצאות בדיקות הסינון
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 מידע ו/או העברת הצהרת הבריאות לצוות החינוכי ו/או לצוות בריאות התלמיד בבית
הספר מטעם משרד הבריאות ו/או מי מטעמו בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי ומתחייב/ת
להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצבו/במצבה הבריאותי.

.....

הוצהר על ידי _____ ת"ז _____

תאריך _____ חתימה _____