



מדינת ישראל
משרד החינוך

הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בגן הילדים

גן הילדים: _____ היישוב: _____

אל: הגננת מנהלת הגן _____

מאת: הורי התלמיד/ה _____

השם הפרטי ושם המשפחה: _____

מס' ת"ז: _____

תאריך לידה: _____

1. אני מצהיר/ה כי (סמך/י את האפשרות המתאימה):

☐ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעת מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בגן ומטעמו.

☐ יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנערכת בגן ומטעמו,

כדלקמן:

☐ פעילות גופנית

☐ טיולים

☐ פעילות אחרת

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____

לתקופה: _____



מדינת ישראל
משרד החינוך

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

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

פירוט: (יש לצרף מסמך מרופא מומחה) _____

• • • • •

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 אפינפריין (אפיפן) אישי

• • • • •

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



מדינת ישראל
משרד החינוך

***יש לצרף מסמך רפואי מרופא מומחה**

•

