

טופס פרטים אישיים – מצטיינים - שנה"ל תשפ"ה

שם התלמיד/ה: _____ זכר / נקבה (נא להקיף)

ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

כתובת מגורים: _____

כתובת מגורים נוספת (במידה ויש): _____

שכבה בשנת הלימודים תשפ"ה: _____

שם אם (לחלופין - הורה א'): _____ טלפון נייד: _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____

שם אב (לחלופין - הורה ב'): _____ טלפון נייד: _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____

בית הספר בו לומד/ת: _____

עידכונים אישיים: אנא ציינו כל מידע לרוונטי נוסף כגון: מצב משפחתי, הורים גרושים, אישי, בריאותי, לקויות למידה, צרכים מיוחדים, רגישויות, אלרגיות וכו...

במידע חסוי רלוונטי ניתן ורצוי לשתף את יועצת המחוננים הגב' ליאת עמית – 052-4584319

הורים גרושים: כן / לא (נא להקיף)

הערות: _____

טלפון נוסף (חוץ מההורים) לפניה בשעת חירום: _____

שם: _____ קרבה: _____ מספר טלפון: _____

שם: _____ קרבה: _____ מספר טלפון: _____

פרטים נוספים למילוי ע"י ההורים: _____

אני יכולה להרצות באופן חד פעמי על נושא: _____
(נושא הקשור למקצוע, תחביב, חוויה מיוחדת שיכול לעניין ולהעשיר את התלמידים. אפשר לציין גם סבא/סבתא שיש להם מה לתרום)

האם יש אח/אחות נוספים המשתתפים בתוכנית המחוננים במטמון? כן / לא (נא להקיף). במידה וכן –

שם מלא _____ שכבת גיל _____.

טופס אישור יציאה לפעילויות מחוץ למרכז מטמון לשנה"ל תשפ"ה

אני מאשר/ת לבני/בתי לצאת לסיורים ופעילויות מחוץ למרכז מטמון כגון: ביקור במוזאונים, סיורים בסביבת המרכז, טיול שנתי ועוד במהלך שנת הלימודים תשפ"ה.

שם התלמיד/ה: _____

כיתה: _____

שם ההורה: _____

ת"ז ההורה: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

במקרה של הורים גרושים/פרודים על שני ההורים לחתום על האישור

שם האב _____ חתימה _____ טלפון _____

שם האם _____ חתימה _____ טלפון _____

או

שם אפוטרופוס _____ חתימה _____ טלפון _____

(על פי קביעת בית המשפט למשמורת על הילד)

למיטב ידיעתי, ילדי כשיר מבחינה בריאותית ויכול להשתתף בפעילות האמורה ולא חל שום שינוי במצבו הבריאותי לאחרונה.

יש לילדי מגבלות רפואיות שאינן מונעות השתתפות בפעילויות האמורות (בכפיפות למצוין בטופס הצהרת הבריאות).

לילדי יש מגבלות בריאותיות המגבילות/מונעות את השתתפותו בפעילות האמורה; מצורף אישור רפואי לכך).

הערות:

טופס אישור פרסום במדיות החברתיות ובאתר מטמון – שנה"ל תשפ"ה

הורי ותלמידי מרכז מטמון,

במרכז מתקיימות פעילויות חינוכיות, לימודיות, חברתיות, ארועים וטיולים.

אנו מעוניינים לעיתים לתת במה לפעילויות השונות שמתקיימים במרכז באתר האינטרנט שלנו, בעיתון מטמון (גליון מקוון), באתר הרשות ו/או משרד החינוך, עיתונות וכדומה.

הסכמה זו ניתנת למרכז מטמון בלבד ואינה לצרכים פרסומיים/שיווקיים.

אישורכם נחוץ ויקל עלינו לשתף את קהילת המרכז ואתכם ההורים בפעילויות השונות.

ברצוננו לשלב את הנושאים הר"מ בפעילויות אתר המרכז בלבד.

- ✓ רישום פרטי התלמידים הנדרשים לרשימות קשר וכדומה (לא לפרסום חיצוני)
- ✓ כתובות בדוא"ל של התלמידים (לרשימות קשר ויצירת תקשורת – לא לפרסום חיצוני)
- ✓ הצגת תמונות קבוצתיות של התלמידים ללא ציון שמותיהם
- ✓ שימוש בקולות התלמידים בסרטונים וכדומה
- ✓ פרסום תוצרים, חיבורים או הבעת דעות של התלמידים

כדי לכלול את בנכם/בתכם בפעילויות הנ"ל עלינו לקבל את הסכמתכם המפורשת לכך (בהתאם לחוזר מנכ"ל סעיף 3-3.6 המופיע בהוראת הקבע סג/7 (א) מיום 02/11/2003)

אם תשנו בעתיד את דעתכם ותרצו לחזור בכם לגבי הפעילויות המופיעות בטופס, כולן או חלקן, תוכלו לפנות אלינו בכתב, ונמלא את בקשתכם.

הערה: סעיפים א' ו' ב' יהיו חסויים.

אני מאשר/ת את הנ"ל:

שם התלמיד/ה: _____ חתימת התלמיד/ה: _____

ת.ז. התלמיד/ה: _____

כיתה במטמון: _____

במקרה של הורים גרושים/פרודים על שני ההורים לחתום על האישור

שם האב _____ חתימה _____ טלפון _____

שם האם _____ חתימה _____ טלפון _____

או

שם אפוטרופוס _____ חתימה _____ טלפון _____

(על פי קביעת בית המשפט למשמורת על הילד)

אישור התקנון

אני מאשר/ת כי קראתי את התקנון במלואו ואני מקבל/ת את תקנון מרכז מטמון.

שם ההורה: _____

ת"ז ההורה: _____

תאריך: _____

• במקרה של הורים גרושים/פרודים על שני ההורים לחתום על האישור

שם האב _____ חתימה _____ טלפון _____

שם האם _____ חתימה _____ טלפון _____

או

שם אפוטרופוס _____ חתימה _____ טלפון _____

(על פי קביעת בית המשפט למשמורת על הילד)

הצהרה על מצב בריאותו של התלמיד לשנה"ל תשפ"ה

יש לעדכן מצב בריאותי באתר משרד החינוך בקישור הנ"ל:

<https://parents.education.gov.il/prhnet/contact-us/confirmations/annual-health-statement>

אני מאשר/ת כי מילאתי עבור בני/בתי טופס הצהרת בריאות עדכני לשנה"ל תשפ"ה באתר משרד החינוך.

• במקרה של הורים גרושים/פרודים על שני ההורים לחתום על האישור

שם האב _____ חתימה _____ טלפון _____

שם האם _____ חתימה _____ טלפון _____

או

שם אפוטרופוס _____ חתימה _____ טלפון _____

(על פי קביעת בית המשפט למשמורת על הילד)

במידה ולא מילאתם נא למלא את הדפים המצורפים הבאים:

הצהרת בריאות שנתית לשנת תשפ"ה

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**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> אסטמה | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קרוהן | <input type="checkbox"/> צליאק – ברסת |
| <input type="checkbox"/> אפילפסיה - מחלת נפילה | <input type="checkbox"/> מחלת מעיים - קוליטיס | <input type="checkbox"/> קרישיות דם - המופיליה |
| <input type="checkbox"/> בעיה קרדיולוגית | <input type="checkbox"/> מחלת עור | <input type="checkbox"/> קרישיות דם - טרומבוציטופניה |
| <input type="checkbox"/> מושתל אברים | <input type="checkbox"/> ניוון שרירים - דושן | <input type="checkbox"/> G6PD |
| <input type="checkbox"/> מחלה ממארת - טיפול כימוטרפי | <input type="checkbox"/> סוכרת מסוג 1 - סוכרת נעורים | <input type="checkbox"/> בעיה כרונית אחרת |

פירוט:



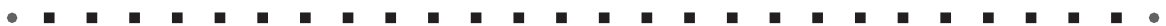
3. האם התלמיד/ה נוטל/ת תרופה/תרופות באופן קבוע? **כן / לא**

פירוט התרופות:



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

פירוט:



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

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

פירוט:



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



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



7. 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 ע"י:

• במקרה של הורים גרושים/פרודים על שני ההורים לחתום על האישור

שם האב _____ חתימה _____ טלפון _____

שם האם _____ חתימה _____ טלפון _____

או

שם אפוטרופוס _____ חתימה _____ טלפון _____

(על פי קביעת בית המשפט למשמורת על הילד)

