

הצהרת ההורים לצוות הבריאות בבית הספר נוסח תשע"א

פרטי התלמיד/ה: _____

כיתה

מס' ת"ז

שם ושם משפחה

1. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
2. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/בתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר, ומתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
3. לבני/בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן. פרט: _____

4. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקת רופא או אחות, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מודעת/ת לחשיבות נוכחותי בבדיקה. אני מאשר/ת כי בהעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.

חתימת ההורים

שם ההורים

התאריך

מס' טלפון במרפאה: 08-6408921, פקס 08-6408895