

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המזכירות הפדגוגית  
הפיקוח על הבריאות

**הצהרה על מצב בריאותו של ילדי**

אל: הגנת מנהלת הגן: \_\_\_\_\_  
מאת: הורי הילד/ה \_\_\_\_\_  
מס' ת"ז \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_  
שם פרטי ושם משפחה \_\_\_\_\_  
גן ילדים: \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי (סמן בעיגול את האפשרות המתאימה)

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני / מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בגן ומטעמו.

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית

בפעילות הנערכת בגן ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית
- טיולים
- פעילות אחרת \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: \_\_\_\_\_  
3. יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים אפילפסיה וכדו')

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: \_\_\_\_\_  
לתקופה: \_\_\_\_\_

שם, כתבת ומספר טלפון לפניה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: \_\_\_\_\_

4. אני מתחייב/ת להודיע לגנת מנהלת הגן על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו

במצב הבריאות של בני/בתי.

אני אחראית/ת להנחות את הגנת מנהלת הגן להגיש את העזרה הראשונה במקרי חירום.

חתימת ההורה \_\_\_\_\_  
שם ההורה \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_

חוזר מנכ"ל תשס"ג/1 (א), כ"ד אלול תשס"ב, 1 בספטמבר 2002