

טופס רישום לחטיבת הביניים לכיתה ז'

תאריך: _____

פרטים אישיים של התלמיד/ה:				
שם משפחה:		שם פרטי:	מין: ז / נ	מספר ת"ז:
תאריך לידה:	ארץ לידה:	תאריך עליה:	למד/ה בבי"ס:	בכיתה:
רחוב ומספר:		שכונה:	מיקוד:	ישוב:
טלפון בבית:		טלפון נייד של התלמיד:		

פרטים אישיים של ההורים:			
הורה		הורה	
שם פרטי:	מספר ת"ז:	שם פרטי:	מספר ת"ז:
ארץ לידה:	תאריך לידה:	ארץ לידה:	תאריך לידה:
מקום עבודה:	עיסוק:	מקום עבודה:	עיסוק:
טלפון בעבודה:	טלפון נייד:	טלפון בעבודה:	טלפון נייד:
כתובת אלקטרונית:		כתובת אלקטרונית:	
מצב משפחתי: נשוי / גרוש / אלמן / פרוד		מצב משפחתי: נשואה/גרושה/אלמנה/פרודה	
אחר: _____		אחר: _____	
כתובת:		כתובת:	

ידוע לי, כי הפרטים הממלאים על ידי בטופס זה, יעלו ויונהלו במחשב, למטרות ניהול פדגוגי בית ספרי.
ידוע לי, כי חלק מהנתונים יועברו לרשות המקומית ולמשרד החינוך והתרבות, במסגרת ניהול מערכות כספיות ומערכות מידע, בזאת על פי הנהלים הקיימים.

• נא לצרף אבחון, במידה וקיים.

הערות ההורים _____

חתימת הורה _____ חתימת הורה _____



טופס בחירת חברים

שם התלמיד/ה _____

בית"ס היסודי בו למדת _____ כיתה _____

מין : זכר/ נקבה (נא הקף בעיגול)

את/ה יכול לבחור חברים, שחשוב לך להיות איתם בכתה אחת בחטיבה.

עליך לבחור ולציין שמות שם פרטי ומשפחה (של 3 חברים).

אנו נשתדל למלא לפחות אחת מבחירותיך לא לפי סדרי העדיפויות שלך .

שם התלמיד/ה	שם משפחה	בית"ס יסודי	כיתה

בהצלחה ובברכה

מנהלת בית"ס
סוזי סיבוני

יועצות בית"ס



טופס ויתור סודיות

אנו, הורי התלמיד/ה _____ מס' ת.ז. _____
בית ספר _____ כיתה _____ מביעים את הסכמתנו, להעברת מידע רלוונטי,
מהמסגרת החינוכית בה למד בננו/בתנו, או מכל גורם מטפל ומסייע, אל מסגרת החטיבה.

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

טופס ויתור סודיות

אנו, הורי התלמיד/ה _____ מס' ת.ז. _____
בית ספר _____ כיתה _____ מביעים את הסכמתנו, להעברת מידע רלוונטי,
מהחטיבה בה לומד בננו/בתנו, לכל גורם מטפל ומסייע, כולל התיכון המזין.

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

הצהרת בריאות

הורים יקרים, מצורף בזאת קישור [להצהרת בריאות דיגיטאלית](#). במידה ונוצרת בעיה יש לחתום על מסמך זה ולהחזירו בדחיפות למחנך הכיתה.

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____

מאת: הורי התלמיד/ה: _____ שם פרטי ומשפחה _____ מס' ת"ז _____ כיתה _____ המין: ז / נ

תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____ כתובת הדוא"ל: _____

ארץ לידה: _____ שנת עלייה: _____ מס' הילדים במשפחה: _____

שם הורה: _____ טלפון נייד: _____ שם הורה: _____ טלפון נייד: _____

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

פעילות גופנית | פעילות בחדר כושר | טיולים | תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)

- פעילות אחרת: _____

- תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').

לא/כן. פרט: _____

- בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____

- בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: _____

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי של בני/בתי.

- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

- אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.

- אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

- לבני/בתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן. אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____

תיאור התגובה: _____

- אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות, אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.