תמונת תלמיד/ה

טופס רישום לשנת הלימודים תשפ"ג

# שם תלמיד/ה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜ זכר/ ⬜ נקבה תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מספר ת.ז רחוב מס' בית דירה ישוב

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מס' טלפון נייד של התלמיד/ה טל' בבית ארץ לידה תאריך עליה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
כתובת מייל- תלמיד/ה שם בית ספר יסודי אחרון חבר בקופת חולים

# פרטי הורים ומשפחה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שם האם מספר ת.ז ארץ לידה ותאריך עליה מס' טלפון נייד של האם

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מקום עבודה תפקיד טלפון בעבודה השכלה/ מס' שנות לימוד

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜ נשואה ⬜ גרושה ⬜ פרודה ⬜ אלמנה ⬜ אם יחידנית \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
כתובת (אם המגורים נפרדים) כתובת מייל

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שם האב מספר ת.ז ארץ לידה ותאריך עליה מס' טלפון נייד של האב

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מקום עבודה תפקיד טלפון בעבודה השכלה/ מס' שנות לימוד

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜ נשוי ⬜ גרוש ⬜ פרוד ⬜ אלמן ⬜ אב יחידני \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
כתובת (אם מגורים נפרדים) כתובת מייל

**במקרה של הורים גרושים:** ⬜ אפוטרופוסות משותפת להורים / ⬜ אפוטרופוסות בלעדית ל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\* עפ"י הנחיות משרד החינוך, באפוטורופוסות בלעדית יש לצרף אישור / צו בית משפט

**המשך בדף הבא**

# פרטי אחים ומשפחה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מספר נפשות במשפחה מספר אחים/אחיות מקום התלמיד/ה במשפחה

פרטי אחים ואחיות:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  מקום לימודים/ מקום עבודה |  גיל  |  שם |
|   |   | .1  |
|   |   | .2  |
|   |   | .3  |
|   |   | .4  |
|   |   | .5  |
|   |   | .6  |
|   |   | .7  |
|   |   | .8  |
|  |  | 9. |

 כישורים ותחביבים של התלמיד/ה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
חוגים בשנה האחרונה תחביב מועדף תחביבים נוספים

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
משתתף בתנועת נוער ושמה כישרון ייחודי כישרונות נוספים

חשוב לנו שתדעו ש... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
חשוב לנו שתדעו ש...

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
הרני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי בטופס זה נכונים וכי ידוע לי שהמידע יחד עם מידע פדגוגי ירוכז במאגר הבית ספרי ואני מביע את הסכמתי.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 שם ההורה חתימה תאריך**

לשימוש המשרד: מסלול/כיתה: ⬜ רגילה ⬜ מצוינות מדעית ⬜ מצוינות מח"ר ⬜ מקדמת ⬜ תקשורת ⬜ תכנית מצוינות

 רשום במערכת ⬜ אופן תשלום: ⬜ הוראת קבע ⬜ צ'קים ⬜ מפרעת מלגה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טופס ויתור סודיות

אנו הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הלומד/ת כעת בבית ספר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בכיתה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאשרים בזאת לצוות החינוכי של בית הספר היסודי להעביר מידע חינוכי-רגשי לצוות החינוכי בחט"ב דקל וילנאי

על החתום:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שם ההורה חתימה תאריך**

הצהרת הורים על מצב בריאות ילדם/תם

שם בית הספר: **חטב דקל וילנאי** היישוב: מעלה אדומים אל: מחנך/ת הכיתה מר/הגברת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⬜ זכר/ ⬜ נקבה
שם תלמיד/ה תאריך לידה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מספר ת.ז רחוב מס' בית דירה ישוב

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שמות ההורים טל' בבית מס' טל' אם מס' טל' אב

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
כתובת מייל- תלמיד/ה מס' טלפון תלמיד/ה חבר בקופת חולים

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

1. ⬜ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. ⬜ יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

⬜ פעילות גופנית ⬜ פעילות בחדר כושר ⬜ טיולים ⬜ תחרות ספורט של בתי הספר ⬜ פעילות אחרת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן. פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: ⬜ לא / ⬜ כן   פירוט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: ⬜ לא / ⬜ כן. פירוט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אם סומן "כן" באחד מהסעיפים 5-2 לפחות, יש לצרף את המסמכים האלה:**

**-**          סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.

**-**          מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.

**-**          מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית. האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_\_

 ב. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

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

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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ה. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות, לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי  חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת  על

 ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:  בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) – שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)

 ו. 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.

 ז. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר   ⬜לא / ⬜כן אם כן, פרט לאיזה חיסון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 תיאור התגובה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ח. 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.

 ט. אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקת בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על

 בריאות הפה והשיניים.

 י. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

 יא. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מספר טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

על החתום:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שם ההורה חתימה תאריך**

אישור הורים בדבר פרסום תמונות

לבית ספרנו קיים אתר אינטרנט, דף פייסבוק, אינסטגרם, דף עידכון שבועי אלקטרוני, עיתון ביה"ס.

באתרים אלו עולים עדכונים באשר לאירועים ופעילויות חברתיות ולימודיות המתקיימות בבית הספר ומטעמו.

אנו מבקשים בזאת אישור הורים או אפוטרופוס הממונה על התלמיד/ה לפרסום תמונות ילדך/תך באתרים אלו, עקב היותם קטינים.

הפרסום נועד ליידע באשר לפעילויות, לקדם את תדמית החיובית של בית הספר, להעצים וליצור גאווה בקרב קהילת בית הספר בכלל

ותלמידינו בפרט.

בית הספר יהיה ערני שלא להפיץ תמונות העלולות לפגוע במצולם בשל תיעוד מצב שאינו נעים או שאינו מחמיא למצולם.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שם פרטי - תלמיד שם משפחה- תלמיד ת.ז

⬜ אני מאשר/ת פרסום תמונות של בני/בתי באמצעי התקשורת והעדכון של בית הספר

⬜ אינני מאשר/ת פרסום תמונות של בני/בתי באמצעי התקשורת והעדכון של בית הספר

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שם ההורה חתימה תאריך**

בקשת הצטרפות לתכנית השאלת ספרים בחטיבה

חטיבת הביניים דקל וילנאי משתתפת בתכנית השאלת ספרי לימוד של משרד החינוך.

עלות התכנית לתלמיד הינה 280 ₪ לשנה, בתשלום מראש. הורה המעוניין לצרף את ילדו לתכנית, מתבקש למלא את הספח המצורף.

המצטרפים מתחייבים בזאת לשמור על הספרים ולהחזירם במצב תקין ולא מקושקשים.

תלמיד/ה שלא יחזיר את ספריו בתום השנה או שיביאם למצב בלתי שמיש, יחויב בעלות של ספר חדש.

חלוקת הספרים תתבצע בתחילת שנת הלימודים עפ"י הודעה מראש ובהדרגה.

**לשאלות, הבהרות ובירורים ניתן לפנות לפיני בטל: 0527475373**

**בקשת הורים להצטרפות לתכנית:**

אנו הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 שם פרטי שם משפחה ת.ז

המשובץ/ת ⬜ לכיתה רגילה ⬜ כיתה מדעית ⬜ כיתת מח"ר ⬜ כיתה מקדמת ⬜ כיתת תקשורת

 מעוניינים בזאת להצטרף לתכנית השאלת ספרים בשנה"ל תשפ"ג.

הננו מאשרים בזאת לגבות 280 ₪ מהוראת הקבע שלנו שבחטיבה.

הננו מתחייבים להחזיר את כל הספרים תקינים ושמישים. במידה ולא, ידוע לנו שנתבקש לשלם את עלות הספר.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
שם ההורה חתימה תאריך**

⬜ אנו מעוניינים לקבל מידע אודות השאלת לוקר שנתי בבית הספר לנייד.