

**טופס הצהרת בריאות**

**לכבוד: העתודה הטכנולוגית כנרת**

**מאת: התלמיד/ה**

**הכיתה**

**מס' ת"ז**

**שם פרטי ומשפחה**

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_, המין: ז/ג, הכתובת: \_\_\_\_\_

כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

שם איש קשר (אבא/אמא): \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי (נא לסמן את האפשרות הנכונה):

1.  **לא ידוע** לי על מגבלות בריאותיות המונעות ממני להשתתף בפעילות הנערכת במכללה או מטעמה.

2.  **יש לי** מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות המכללה או מטעמה כדלקמן: פעילות

גופנית, סיורים, טיולים, פעילות מים, פעילות אחרת: \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

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

לתקופה: \_\_\_\_\_

3.  **יש לי** בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').

**לא/כן**. פרט: \_\_\_\_\_

4.  אני נוטלת תרופה/ות באופן קבוע: **לא/כן**. פרט: \_\_\_\_\_

5.  אני סובלת/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: \_\_\_\_\_

6. אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצבי הבריאותי.

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למכללה בכל הקשור למצבי הבריאותי.

8. להלן מידע נוסף לגבי בריאותי שברצוני ליידיע את המכללה על אודותיו: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**חתימה**

**שם התלמיד/ה**

**תאריך**