תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# לכבוד הורי התלמיד/ה

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

הנדון: **ויתור סודיות – הרשאה למסור ולקבל מידע על בננו/ביתנו**

אנו הח"מ הורי התלמיד/ה (או אפוטרופוסים אחרים בהיעדר הורים):

שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נותנים בזה רשות לכל גורם מאבחן למסור את המידע הפסיכולוגי / חינוכי / סוציאלי / רפואי / פרא-רפואי או אחר, הנחוץ לקביעת דרכי הטיפול בבננו / בבתנו.

לשם כך, הרינו משחררים את היועצת מחובת השמירה על סודיות המחויבת על-פי חוק.

אין בהסכמתנו, להעברת המידע שלעיל, אישור או הסכמה מראש או בדיעבד להחלטות ו/או המלצות שתתקבלנה על –ידי כל גורם שהוא בנוגע לבננו / בתנו.

**בכבוד רב,**

שם האם (מלא) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_חתימת האם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האב (מלא) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_חתימת האב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר**

שם בית הספר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 השם הפרטי מס' ת"ז הכיתה

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המין: ז/נ

הכתובת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ארץ הלידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שנת העלייה: \_\_\_\_\_\_\_ מס' הילדים במשפחה \_\_\_\_

שם הורה 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הורה 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרויות הנכונות):**

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל הפעילות 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 (בכיתות ז'-י"ב)

– פעילות אחרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

 לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').
לא/כן. פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

9. 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).

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

11. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא/כן
 אם כן, פרט לאיזה חיסון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 תיאור התגובה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. 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.

13. אני מאשר/ת כי בני/בתי יעברו בדיקות בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית
 לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.
14. אני מאשר/ת את הסכמתי לקבל מסירון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי/בתי אמור/ה לקבל במסגרת
 שירותי הבריאות לתלמיד.
15. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם:

 שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 תאריך שמות ההורים חתימת ההורים

**שמירה על הפרטיות באתרי האינטרנט ובפרסומים הבית-ספריים**

**על פי : חוזר מנכ"ל סג/7(א) , אדר א' התשס"ג – מרס 2003**

**טופס לקבלת הסכמת הורה / אפוטרופוס**

הורים יקרים ,

הנדון: קבלת הסכמתכם להכללת בנך/בתך בפעילויות אתר האינטרנט שמוסדנו הקיים

אתר ביה"ס, דף הפייסבוק והאינסטגרם.

 כתובת האתר היא:www.benzvijh.co.il

 שם דף הפייסבוק : בן צבי קרית אונו

האתר נועד לקבלת מידע ועדכון, העברת מידע, למידה בטכנולוגיה מתקדמת, נגישות למאגרי מידע ולנעשה בשיעורים ועוד. כמו כן הודעות מערכת , לוח פעילויות, תוכניות הלימודים.

באתר דפי עבודה , סיכומים, פעילויות מתוקשבות - בכל מקצוע על פי הצרכים. וכמובן גלריית תמונות מפעילויות בית הספר.

**בהתאם להוראות של משרד החינוך לא יכללו באתר כתובות המגורים של התלמידים מספרי טלפון או מידע רגיש לגביהם אודות משפחתם, מצבם הכלכלי או ציונים והערכות לימודיות.**

כדי לכלול את בנכם/בתכם בפעילויות הנ"ל עלינו לקבל את הסכמתכם המפורשת לכך. נא מלאו את הטופס הרצ"ב , אשרו אותו בחתימתכם ומסרוהו לבית הספר. אם תשנו בעתיד את דעתכם ותרצו לחזור בכם לגבי הפעילויות המופיעות בטופס , כולן או חלקן , תוכלו לפנות אלינו בכתב , ונמלא את בקשתכם.

 בכבוד רב,

 ורד אלבז

 מנהלת חטיבת בן צבי

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד הנהלת ביה"ס בן-צבי

אני\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ההורה של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מכיתה \_\_\_\_\_\_

נותן הסכמתי לכלול את בני/בתי בפעילויות אתר האינטרנט של בית הספר הכוללות את הנושאים שפורטו במסמך.

חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שמי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ הוריו של\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מסרב שבני/ בתי יכללו בפעילות זו.**

להורי‌ם שלו‌ם וברכה,

אנו חיי‌ם בעול‌ם בו חדשות לבקרי‌ם מפותחות טכנולוגיות דיגיטליות חדשות אשר מביאות לשינויים בחברה – הן חברתיי‌ם ותרבותיי‌ם והן כלכליי‌ם. טכנולוגיות אלו משמשות אותנו ככלים לקידום ההוראה, הלמידה וההערכה במערכת החינוך.

טכנולוגיית המידע והתקשורת, ההופכת לחלק מחיינו יותר ויותר, אינה פוסחת על חטיבת הביניים בן צבי והחל משנת הלימודים הקרובה, תשפ"א זירת הלמידה תתקיים גם במרחב סביבת ענן של גוגל , המאפשרת לקיים תהליכי הוראה, למידה והערכה מתקדמים מכל מקום, בכל זמן ומכל אמצעי קצה ומאפשרת הקמת כיתות וירטואליות (סינכרוניות

וא-סינכרוניות) ולקיים למידה מרחוק בסביבה מאובטחת וכן שמירה וגיבוי של כל התכני‌ם הלימודיים.

אנו פונים לקבל את הסכמתכם להכללת בנך/בתך בפעילות אתר האינטרנט הבית ספרי שכתובתו <https://benzvijh.co.il/> ושימוש בסביבות מתוקשבות תומכות הוראה - למידה - הערכה בכללם חשבון ענן חינוכי. פעילות החטיבה תעשה תחת דומיין אחיד: benzvijh.tad.org.il

בהתאם להנחיות משרד החינוך לא יכללו באתרי האינטרנט הבית ספריים והסביבות המתוקשבות כתובות המגורים של התלמידים, מספרי טלפון או כל מידע רגיש על תלמידי‌ם (צנעת אישיותם, אודות משפחתם, מצבם הכלכלי, ציונים

והערכות לימודיות).

אנו מודים לכם על שיתוף הפעולה ומאחלים לכולנו שנת לימודים פורייה ומהנה.

בברכה,

ורד אלבז גילת איטח הראל

 מנהלת בית הספר רכזת תקשוב

**שנה"ל תשפ"א**

לכבוד: בית הספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בעיר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ של התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מכתה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאשר שימוש בסביבת הלמידה Google Classroom

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_