



קצרין
המקום
להפוך
עולמות



מועצה אזורית גולן

כרטיס תלמידה לשנת הלימודים תש"פ

פרטי התלמידה

מס' תעודת זהות _____ מס' דרכון _____
(נא למלא מתוך ספח ת. הזהות של האב או האם) (למילוי עבור מי שאין לו מספר ת. זהות בלבד)

שם משפחה _____ שם פרטי _____
(נא למלא מתוך ספח ת. הזהות של האב או האם) (נא למלא מתוך ספח ת. הזהות של האב או האם)

תאריך לידה _____ / _____ / _____ ארץ לידה _____ תאריך עליה _____ / _____ / _____
(שנה) (חודש) (יום) (שנה) (חודש) (יום)

מספר תעודת עולה _____ מספר טלפון בבית _____

מיועד לעולים חדשים בלבד בצירוף צילום תעודת עולה) נייד תלמידה _____

מייל תלמידה _____

כתובת מגורים של התלמידה:

ישוב _____ רחוב _____ מס' בית _____ מיקוד _____

נתונים משפחתיים

מספר נפשות במשפחה: _____ מספר ילדים במשפחה: _____ מספר אחים עד גיל 18: _____

נא לצרף:

● **צילום תעודת זהות + ספח של 2 ההורים**

● **תמונת פספורט/ צילום פנים של התלמידה**

לתלמידים עולים חדשים: נא לצרף צילום תעודת עולה של אחד ההורים

חסוי ע"פ חוק צנעת הפרט.

תאריך רישום _____	חתימת ההורה _____
-------------------	-------------------

למילוי ע"י ביה"ס:

שבוע לכיתה ט/ ו/ יא/ יב _____ מגמה _____ מסלול _____

תאריך כניסה לאולפנה _____ שם ביה"ס הקודם _____

**פרטי הורים:**

חשוב ביותר למלא את כל הפרטים. הפרטים חשובים וחסויים ומשמשים לצורך קבלת תקנים ממשה"ח.

פרטי האב

מס' תעודת זהות: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

תאריך לידה: ____/____/____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____ מצב משפחתי: _____
(שנה) (חודש) (יום) (שנה) (חודש) (יום)

מספר שנות לימוד: _____ מקצוע: _____ שפת דיבור: _____

מקום עבודה: _____ טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____

כתובת מגורים אב: _____ מייל אב: _____

* כל התכתובת מול ההורים תתבצע במייל.

פרטי האם

מס' תעודת זהות: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

תאריך לידה: ____/____/____ ארץ לידה: _____ תאריך עליה: _____ מצב משפחתי: _____
(שנה) (חודש) (יום) (שנה) (חודש) (יום)

מספר שנות לימוד: _____ מקצוע: _____ שפת דיבור: _____

מקום עבודה: _____ טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____

כתובת מגורים אם: _____ מייל אם: _____

* כל התכתובת מול ההורים תתבצע במייל.

אולפנת קצרין-גולן

טפסי רישום תש"פ

רח' איה 6, קצרין | טלפון: 04-6193807 | פקס: 04-6193811 | דוא"ל: ulpenagolan@gmail.com

טופס הצהרת בריאות-

בית הספר בו לומדת התלמידה: אולפנת הגולן קצרין היישוב: קצרין

מחנך/כת הכיתה בה לומד/ה התלמידה מר/גב' _____

התלמידה: _____

שם פרטי ומשפחה תלמידה _____ מס' ת"ז תלמידה _____ כיתה בה לומדת _____

אנו ההורים מצהירים כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:
- פעילות גופנית
- טיולים
- פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____

לתקופה: _____

3. יש לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

מצורף אישור רפואי המעיד על המגבלה ומתאר את מהותה שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

4. אני מאשר/ת כי ידוע שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד תקבל בתי חיסון לפי תכנית חיסונים הנקבעת מראש על פי הנחיות משרד הבריאות.

5. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי למחנך הכיתה או לאחות בית הספר, ומתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך הכיתה או לאחות בית הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמידה סובלת ממצב בריאות הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמידה.

7. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד תעבור בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית-הספר. אני מודעת/ת לחשיבות נוכחות בבדיקה ומתחייב/ת להגיע אליה. אני מאשר/ת כי בהיעדרי תתקיים הבדיקה בנוכחות מבוגר אחר.

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

9. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה הבריאותית של בתי.

10. להלן מידע נוסף לגבי בריאות בתי שברצוני לידע אודותיו את בית הספר:

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך



טופס ויתור סודיות

אנו הורי התלמידה _____ תאריך לידה _____ מס' ת.ז. _____
 כיתה _____
 מביעים את הסכמתנו להעברת מידע רלוונטי מהמסגרת החינוכית בה למד בשנה"ל תשע"ז ומכל מקור
 מטפל ומסייע רלוונטי.

המידע הנדרש כולל אבחונים וחוות דעת של הצוות החינוכי וכל חומר רלוונטי הקשור לתפקודה של
 ביתי.

ידוע לי כי היועצת החינוכית של אולפנת קצרין-גולן מחויבת לשמור על כללי הסודיות לפי הנחיות
 משרד החינוך.

שם האב: _____ ת.ז.: _____

שם האם: _____ ת.ז.: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ סלולרי: _____

חתימה: _____



טופס אישור צילום

שם התלמידה: _____ כיתה: _____

אני בחר פריט. לצלם את הילדה בפעילויות באולפנה ולהשתמש בתמונות לפרסום בעיתון המקומי ובאתר האולפנה.

חתימת ההורה: _____ תאריך: _____