

**טופס בקשה לקבלת מידע והנחיות מרופא מטפל לגבי תלמידי צהרון  
במצבי בריאות מיוחדים**

אל : הרופא המטפל

נודה לך על מתן מידע רפואי הדרוש לצוות החינוכי להיערכות בשגרה ולמתן סיוע בעת הצורך בשעות פעילות הצהרון וכן למצבי חירום אפשריים הנובעים ממצבו הבריאותי של התלמיד ודורשים סיוע או התייחסות מתאימה על ידי צוות המוסד החינוכי.

שם הילד \_\_\_\_\_ מס' תעודת הזהות \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

האבחנות

---

---

---

ההתייחסות הנדרשת בשעות הלימודים

---

---

---

הטיפול והסיוע המומלצים בשעת חירום ( יש לפרט: תכשיר, מינון ומועד מומלץ לשימוש)

---

---

---

---

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_