



נספח ב: טופס בקשה לקבלת מידע והנחיות מרופא מטפל לגבי תלמידים במצבי בריאות מיוחדים

אל: הרופא המטפל

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

שם הילד: _____ מס' תעודת הזהות שלו: _____
 תאריך הלידה: _____ הכתובת: _____
 האבחנות

ההתייחסות הנדרשת בשעות הלימודים

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

שם הרופא: _____ חתימה וחתימת: _____
 תאריך: _____