



בית חנה צפת - תכנית בנות חו"ל
הצהרת בריאות של התלמידה

☛ האם סבלת בעבר או בהווה ממחלה כלשהי חו"ל? כן / לא (הקיפי בעיגול)

_____ אם כן, נא פרטי _____

☛ האם נזקקת אי פעם לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי? כן / לא (הקיפי בעיגול)

_____ אם כן פרטי _____

☛ האם את נתקפת בדיכאון לעיתים קרובות? כן / לא (הקיפי בעיגול)

☛ האם סבלת מדיכאון בעבר? כן / לא (הקיפי בעיגול)

☛ האם את נוטלת תרופות כלשהן? כן / לא (הקיפי בעיגול). אם כן, נא פרטי: _____

☛ האם יש לך מגבלות ביחס לסוגי מזון כלשהם? כן / לא (הקיפי בעיגול). אם כן, נא פרטי:

☛ האם את סובלת מאלרגיה כלשהי? כן / לא (הקיפי בעיגול) אם כן, נא פרטי: _____

☛ האם את סובלת לעיתים קרובות ממיגרנה או מכאבי ראש? כן / לא (הקיפי בעיגול)

☛ האם בעבר נעדרת מבית הספר לתקופות ממושכות? כן / לא (הקיפי בעיגול)

☛ אנא צייני בעיות בריאות או כאבים הידועים לך מהם את סובלת _____

אנא שימי לב: במידה ויתברר לנו שמידע כשלהו אודות בעיות בריאות לא נמסר ולא הובא

לידיעתנו, אנו שומרים לעצמנו את הזכות להפסיק את לימודי התלמידה במוסד.

בעיות בריאות שתחילתן לפני רישום התלמידה לבית חנה, אינן מכוסות על ידי הביטוח שלנו.

טיפול שניניים, טיפולים פסיכולוגיים ופסיכיאטריים אינם מכוסים. לידיעתך: בית הספר לא

לוקח אחריות על אספקת סוגי מזון ספציפיים.

חתימת הורים: _____

אם

אב

חתימת תלמידה: _____

תאריך: _____

**** נא לצרף טופס רפואי של נעל"ה חתום יחד עם הצהרתכם ****