



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



פרטים אישיים:

שם משפחה		תאריך לידה		מין	
שם פרטי		ארץ לידה		כיתה	
מס' ת.ז.		תאריך עלייה		ביה"ס קודם	
שם האם		נייד האם		מייל האם	
שם האב		נייד האב		מייל האב	
		נייד תלמיד		מייל תלמיד	

תיק תלמיד:

1. טופס הסכמה לטיפול באומנויות
2. טופס הסכמה לשימוש בתמונות
3. שאלון פרטים אישיים
4. שאלון הכרות עם תלמיד חדש
5. הצהרת בריאות
6. ויתור סודיות



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



טופס הסכמת ההורים לשימוש בתמונות התלמידים

לכבוד,

המנהל _____ בבית הספר _____

הריני להביע את הסכמתי לשיתוף בנ/בתי _____ לאורך שנות לימודיו בבית הספר.

1. פרסום תמונות בעלון ביה"ס כ/לא
2. פרסום תמונות באתר האינטרנט של עמותת "אלומות אור" כ/לא
3. פרסום תמונות באתר המועצה כ/לא
4. פרסום תמונות במצגת והפצתן לגורמים העובדים בשיתוף עם ביה"ס כ/לא

תאריך _____ שם ההורה _____

חתימה _____



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

שם בית הספר: _____ שם התלמיד: _____

כיתה: _____ ת.ז.: _____

קופת חולים בה מטופל התלמיד: _____

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

☐ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בכל פעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

☐ 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

☐ פעילות אחרת: _____

תיאור המגבלה: _____

☐ יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית. לא/כן.

פרט את מהות המחלה ואת המגבלות בפעילות:

☐ בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן.

פרט: _____

☐ בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן.

פרט: _____

במידה וסומן שישנה מגבלה רפואית יש לצרף:

א. סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.

ב. מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה התקף לשנת הלימודים הנוכחית.

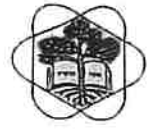
טלפקס: 08-9948472

כתובת: כפר הנוער אשל הנשיא

ד.ג. הנגב 85310



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבות



☐ אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי ומאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי.

☐ אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.

☐ אני מאשר כי בני/בתי יעברו בדיקת בריאות הפה והשיניים על ידי רופא שיניים ויקבלו הדרכה של שיננית לגבי האופן שבו יש לשמור על בריאות הפה והשיניים.

☐ אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.

לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית יש ליצור קשר עם: _____

מספר טלפון: _____

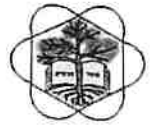
חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



תאריך: _____

אישור וויתור סודיות לקבלת מידע

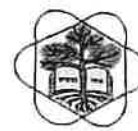
אני מביעה בזאת את הסכמתי ומאשר/ת הסכמתי להעברת מידע חינוכי, רפואי, סוציאלי או אחר – מביה"ס, מהגן, קופת חולים, טיפת חלב, מהלשכה לשירותים חברתיים וכל גורם רפואי אחר אודות בני/בתי: _____ לשירות הפסיכולוגי החינוכי במהלך שנות לימודיו בבית הספר בנימין רוטמן אשל הנשיא.

שם האם: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ חתימה: _____



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



תאריך: _____

משרד החינוך, מחוז: _____

שם המסגרת החינוכית: _____

ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי/טיפול העובד ישירות עם בנ/בתי למסור מידע שבתחום מומחיותו, לגורמי המקצוע המטפלים בבנ/בתי, מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם. אלה הגורמים:

- רוחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- שרות פסיכולוגי
- אחר

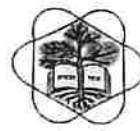
אני החתומ/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בננו/בתנו בכל שנות לימודיו במסגרת החינוכית, כמפורט להלן:

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____
שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך הת"י שבות



תאריך _____

טופס הסכמת הורים למתן טיפול באמצעות אמנויות

לכבוד

מנהל/ת המסגרת החינוכית

שם המנהל/ת: _____

שם המסגרת: _____

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

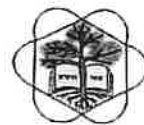
מבקשים בזאת שבנו/בתנו יקבל/תקבל טיפול באמצעות אמנויות, כחלק ממערכת לימודי/ה במסגרת החינוכית שלעיל. הטיפול באמצעות אמנויות הנו טיפול נפשי הניתן במהלך שנת הלימודים ומהווה חלק מהתכנית החינוכית-לימודית-טיפולית הכוללת של התלמיד/ה. כדי לאפשר לבנו/בתנו לקבל טיפול באמצעות אמנויות ולצוות החינוכי-טיפולי לבנות עבור/ה תכנית חינוכית - טיפולית אישית, אנו מסכימים למסירה ולקבלה של מידע בין אנשי הצוות החינוכי-טיפולי ובכללם פסיכולוגית המסגרת החינוכית מהשרות הפסיכולוגי חינוכי-ייעוצי והמטפלות באמצעות אמנויות במהלך שנות לימודיו בבית הספר.

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



שאלון היכרות לתלמיד חדש
ביה"ס בנימין רוטמן אשל הנשיא

שם התלמיד- _____

אני-

איפה אתה גר? _____

מה אתה אוהב לאכול? _____

מה אתה אוהב לעשות בזמני הפנאי שלך? (תחביבים, משחקים, חוגים, תנועת נוער, חברים) _____

אילו תחומים מעניינים אותך? _____

מה משמח אותך? _____

מה מרגיז אותך? _____

מה חשוב לך שאנחנו נדע עליך? _____

המשפחה שלי -

כמה ילדים אתם במשפחה? _____

מה אתה אוהב לעשות עם אחיך? _____

מה אתה אוהב לעשות עם הורידך? _____

בי"ס -

איפה למדת בשנה שעברה? _____

מה אתה אוהב /לא אוהב בביה"ס? _____

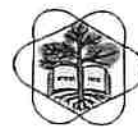
אילו מקצועות אתה אוהב ללמוד? _____

אילו מקצועות לא אוהב? _____

מה אתה עושה בהפסקות בבית הספר? _____



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



כוחות - משהו שאתה מצליח בו, תחביב, תחום שאתה אוהב ללמוד או מקצוע שאתה טוב בו.

אתגרים - יש משהו שמאתגר אותך? ביה"ס, לימודים, חברים, משפחה.

מה יעזור לך להרגיש טוב בבית הספר?

מהו החלום שלך?

מה עוד תרצה לספר על עצמך?

בהצלחה



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



רוכבים יחדיו ברוטמן- כל אחד יכול!! **פעילות אופניים בבית הספר**

הורים יקרים שלום,

אנא קראו דף מידע זה וחתמו על הצהרת הבריאות בעמוד השני.
בית ספר בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים הוא **בית ספר רוכב**, בו כל תלמיד רוכב על פי יכולותיו. אנו מאמינים שכל אחד יכול ועושים מאמצים גדולים להתאים את הסביבה והקבוצה כדי שהתלמידים ירגישו בטוחים ובעיקר מסוגלים לאתגר. לכן, אנו ניצור מספר קבוצות רכיבה והתלמידים ייבחרו על פי יכולתם ורצונם היכן מתאים ונכון להם להשתתף.
'רוכבים בסביבה' הינה תוכנית חינוכית אשר מטרתה היא לאפשר חוויות טובות ולא שגרתיות לתלמידים מחוץ לבית הספר, היכרות עם הטבע והסביבה הקרובה, שיפור טכניקת רכיבה, יצירת תחושת ביטחון, מסוגלות, כבוד ושייכות לקבוצה ולבית הספר.

מתכונת הפעילות: פעילות האופניים תתקיים כחלק ממערכת השעות של התלמידים על גבי אופניים של בית הספר. קבוצת רוכבים תובל על ידי המדריך ותלווה על ידי אנשי צוות חינוך נוספים. הפעילות תתקיים בכפר הנוער אשל הנשיא ומחוצה לו על פי מסוגלות הקבוצה הקבוצה. במהלך השנה יתקיימו מספר אירועי שיא בתחום האופניים עליהם נפרט בנפרד.
ציוד לפעילות אופניים - בקבוק מים לרכיבה, כפפות (מומלץ) ביגוד ספורטיבי (עם חולצת הרכיבה) ונעליים (סגורות).
מדריכי האופניים - ערן פלג (מורה ומדריך אופניים), דניאל למאן (סגן ומדריך אופניים), אנו מאמינים שבעזרת האופניים נוכל לצבור חוויות מעצימות, לצמוח, להתחזק, להתמודד עם קשיים ואתגרים, לעשות כייף ולחייך.

שתהיה לכולנו שנה מועילה, מהנה ופורייה.

מרסל דניאלי
מנהלת בית הספר

ערן פלג, ודניאל למאן,
מדריכי האופניים

טלפקס: 08-9948472
כתובת: כפר הנוער אשל הנשיא
ד.ג. הנגב 85310



בית ספר
בנימין רוטמן אשל הנשיא במרחבים
המנהל לחינוך התיישבותי



הצהרה רפואית והצטרפות לפעילות אופניים בבית הספר

שם התלמיד/ה - (שם מלא) : _____

ת.ז. : _____

מגבלה רפואית שחשוב שנדע לקראת פעילות זו

- למיטב ידיעתי הילד/ה שלי כשירים לפעילות אופניים – כן/ לא.
- הנני מאשר לבני/בתי להשתתף בפעילות רכיבת האופניים במסגרת הלימודית בכל שנותיו בבית הספר.
- הנני מאשר זאת ובiodעין , על מצב בריאות ילד/י ילדתי לא ידוע לי על פציעה/ מחלה סיבה או גורם רפואי אחר כלשהו העלול להחמרה במצב הבריאות עקב פעילות אופניים .
- הינני מתחייב לעדכן את הצוות החינוכי על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי.
- הנני מאשר לצלם את הילד/ה שלי במהלך פעילות האופניים . – כן/ לא.

על החתום,

שם ההורה	_____	ת.ז.	_____
חתימה	_____	תאריך	_____



מדינת ישראל
משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף אי חינוך מיוחד

נספח 1

קיצור קבוע ליום הלימודים - לתלמיד הלומד בגן / כיתה חינוך מיוחד:

תאריך: _____

לכבוד

מנהל/ת הגן/ מחנך/ת הכיתה _____ י'

שלום רב,

הנדון: בקשת הורים לקיצור יום הלימודים

אנו, הורי התלמיד/ה _____ ת.ז. _____, הלומד/ת בגן/כיתה _____,

בגן/ ב"ס _____ בעיר _____.

מבקשים:

לאשר את קיצור יום הלימודים לבנו/בתנו לשעה _____ מידי שבוע, בימים א'-ה' ובכל שנה"ל הנוכחית בלבד.

הסיבה _____

ידוע לנו כי:

1. המשרד/ואו הרשות לא יישאו בעלויות נוספות בהסעות הנבעות מקיצור יום הלימודים וההורים ייקחו על עצמם ועל אחריותם את ההסעה בשעה המבוקשת.

2. הבקשה תחייב את ההורים להוצאת ילדם בשעה הקבועה לאורך כל שנת הלימודים.

בברכה

תאריך _____ שם הורה _____ חתימת הורה _____

תאריך _____ שם הורה _____ חתימת הורה _____

לכבוד משפ' _____ תאריך _____

שלום רב,

הרינו לאשר / לא לאשר את בקשתכם הרשומה מעלה.

הסיבה _____

בברכה

שם מנהל/ת ביה"ס _____ חתימה _____

שם מפקח/ת כולל/ת _____ חתימה _____

שם מפקחת חינוך מיוחד _____ חתימה _____

רח' דבורה הנביאה 2, ירושלים; 9510402 טל' 02-5604013 פקס 02-5604035 |

شارع دبوراهننبينة 2, اورشليم-القدس, 9510402 هاتف 02-5604013 فاكس 02-5604035 | www.edu.gov.il