



איזא אאחד יא זכאג שאוה אפואג שאנה"י



## מידע לקראת רישום לחטיבה לשנה"ל תשפ"ד

הורים ותלמידים יקרים,  
לקראת המעבר לחטיבת הביניים והצטרפותכם למשפחת "מקיף ב' ע"ש חנה סנש"  
שלוחות אליכם ברכות חמות ואיחולי הצלחה בדרך החדשה.  
להלן פרטים לגבי נהלי הרישום.

### מועדי רישום:

13:30-15:00 בין השעות 26.3-27.3 , 19.3-23.3

08:00-12:00 בין השעות 28.3-29.3

כתובת ביה"ס: הטופז 6 באר יעקב (מבנה כחול)

טלפון ביה"ס: 08-9564550

### לקראת הרישום יש להצטייד במסמכים הבאים:

- ✓ תמונת פספורט של התלמיד/ה (יש לרשום שם מלא בגב התמונה).
- ✓ צילום ת.ז של שני ההורים כולל ספח עם שם התלמיד/ה וכתובת מעודכנת.
- ✓ צילום תעודה של כיתה ו' מחצית א'.
- ✓ הורה שמעוניין להצטרף לפחויקט השאלה ספרים יכול לבצע תשלום ע"ס 280 ₪

### במעמד הרישום.

במופס הרישום יש למלא את הפרטים הבאים בצורה ברורה ומדויקת:

- ✓ מילוי פרטים אישיים
- ✓ ויתור סודיות
- ✓ אישור צילום ופרסום
- ✓ הצהרת בריאות

• ניתן לבצע רישום מקוון ולשלוח את הטפסים למייל [moranalfasiatid@gmail.com](mailto:moranalfasiatid@gmail.com)

• בנוסף, ניתן להוריד את הטפסים באתר ביה"ס [mekif-bet-hannah-senesh.mashov.info](http://mekif-bet-hannah-senesh.mashov.info)

מתרגשים להכיר אתכם ומצפים לפגוש אתכם,  
צוות מקיף ב' ע"ש חנה סנש



איזא אאחד יל זכאג שווא אפואג שונפ"י



## טופס רישום לשנה "ל תשפ"ד

פרטי התלמיד/ה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ (כפי שמופיע בת.ז.)

שם שהתלמיד/ה מבקש/ת להיקרא בבית "ס" (רק אם שונה מת.ז.) \_\_\_\_\_

ת.ז. התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_

למילוי ע"י עולים חדשים בלבד: תאריך עליה: \_\_\_\_\_ ארץ עליה: \_\_\_\_\_

מין: זכר / נקבה

שם בית הספר היסודי: \_\_\_\_\_ כיתה: א' / יישוב: \_\_\_\_\_

כתובת מייל תלמיד/ה: \_\_\_\_\_

מס' אחים (לא כולל התלמיד/ה עד גיל 18): \_\_\_\_\_ קופת חולים: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים עיקרית:

יישוב: \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מס' בית: \_\_\_\_\_

כניסה: \_\_\_\_\_ דירה: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים משנית (באם קיימת): \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון סלולרי של התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

טל' למקרה חירום: \_\_\_\_\_

האם התלמיד/ה קיבל/ה שעות שילוב בבית "ס" היסודי? כן / לא (הקיפו את התשובה המתאימה)

האם התלמיד/ה יש אבחון? כן/לא תאריך האבחון \_\_\_\_\_

סוג האבחון דיסקטי/פסיכודידקטי/אחר \_\_\_\_\_



איזא אחד יש זכאג שווא אפילג שונפי



פרטי הורים:

פרטי האב:

שם האב: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_ מס' שנות לימוד: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: נשוי גרוש/רווק/ פרוד/אלמן/אחר \_\_\_\_\_ טלפון נייד אב: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ מקום עבודה: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

פרטי האם:

שם האם: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ שנת לידה: \_\_\_\_\_ מס' שנות לימוד: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: נשואה/גרושה/רווקה/ פרודה/אלמנה/אחר \_\_\_\_\_ טלפון נייד אם: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ מקום עבודה: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

כתובת מייל של אחד ההורים ליצירת קשר: \_\_\_\_\_

חברים / חברות שאתה מצוניין/ת שיהיו בכיתתך (שם פרטי ומשפחה):

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

למילוי ע"י תלמידים שבתהליכי מיון לכיתה ייחודית:

נא לבחור מסלול (כיתה): \* כיתה ממר"ם \* כיתה מופ"ת \* כיתה ספורט

במידה ומתקיים תהליך מיון לשלוש הכיתות יש להקיף העדפה: ממר"ם/מופת/ספורט

על החתום,

חתימת תלמיד/ה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

פרטים נוספים שחשוב לי שתדעו עלי:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



איזא אאחד יא זכאג שאוה אפואג שאנה"י



טופס ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

שנה"ל תשפ"ד

משרד החינוך, מחוז מרכז

שם המסגרת החינוכית: מקיף ב' ע"ש חנה סנש באר יעקב

ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

אנו הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

מאשרים לצוות החינוכי /טיפולי העובד ישירות עם בני/בתי למסור/לקבל מידע שבתחום מומחיותו, לגורמי המקצוע המטפלים בבני/בתי בתקופת לימודיו במוסד זה, מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם. לרבות גורמי: רווחה, בריאות, מסגרות חינוך אחרות ושרות פסיכולוגי.

אני החתומ/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע לימודי, חינוכי וטיפולי שבתחום מומחיותו אודות בנו/בתנו,

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



איזא אאחד יא זכאג שווא אפואג שונא



### הצהרת בראות- לשנת הלימודים תשפ"ד

שם בית הספר: \_\_\_\_\_ היישוב: \_\_\_\_\_

אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' \_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה: \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז / נ

כתובת: \_\_\_\_\_ כתובת הדוא"ל: \_\_\_\_\_

ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עלייה: \_\_\_\_\_ מס' הילדים במשפחה \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_

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

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות 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 (בכיתות ז'-ו"ב)

- פעילות אחרת: \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_

לתקופה: \_\_\_\_\_

- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת

וכד'). לא / כן. פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



איזא אחד יש זכאג שווא אפואג שונאי



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

\_\_\_\_\_

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי המציד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

10. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר.

אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.

11. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר. לא / כן.

אם כן, פרט לאיזה חיסון: \_\_\_\_\_

תיאור התגובה: \_\_\_\_\_

12. אני מאשר/ת כי במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד יעבור/תעבור בני/בתי בדיקות סקר על ידי צוות הבריאות,

אלא אם אודיע על התנגדותי בכתב לאחות בית הספר.

01/09/2023

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך



יאלא אחד יל זכור שווה אפוא שונה



טופס אישור צילום

תאריך \_\_\_\_\_

שם בית הספר \_\_\_\_\_

שם הילד/ה (שם פרטי ומשפחה) \_\_\_\_\_

מאשר/ת לצלם את הילד/ה בבית הספר ולהשתמש בתמונות לפרסום בתקופת לימודיו  
במוסד הלימודי הנזכר לעיל.

לא מאשר/ת לצלם את הילד/ה בבית הספר ולהשתמש בתמונות לפרסום בתקופת לימודיו  
במוסד הלימודי הנזכר לעיל.

שם ומשפחה \_\_\_\_\_ הקרבה לילד \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ מספר טלפון \_\_\_\_\_

חתימת ההורה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_