



אישור הורה לחיסון כנגד נגיף הקורונה – covid19 לתלמידים בגילאי 5-18 שנים (כולל)

פרטי התלמיד/ה:

כיתה	שם פרטי ומשפחה	מס' ת"ז (תלמיד/ה)	המוסד החינוכי
------	----------------	----------------------	---------------

הנני מצהיר/ה כדלקמן:

- אני מצהיר/ת כי בני/בתי/הקטין שבאחריותי מעל גיל 5 שנים * - כן/לא * (מתחת לגיל 5 אסור לחסן).
- אני מצהיר/ה כי בני/בתי/הקטין שבאחריותי לא סובל/ת כעת ממחלה חריפה, לרבות חום מעל 38 מעלות * - כן/לא * (אם כן, אין לחתום על אישור חיסון קורונה).
- אני מצהיר/ה כי בני/בתי/הקטין שבאחריותי לא חלה במחלת הקורונה - כן/לא אם חלה/תה בעבר בקורונה עברו 3 חודשים מתום המחלה - כן/לא * (אם לא, אין לחתום על אישור חיסון קורונה ויש לפנות לרופא המטפל).
- אני מצהיר/ה כי בני/בתי/הקטין שבאחריותי לא סבל/ה בעבר מדלקת חריפה בשריר הלב- כן/לא * (אם כן, אין לחתום על אישור חיסון קורונה ויש לפנות לרופא המטפל).
- אני מצהיר/ה כי בני/בתי לא סבל/ה בעבר מתגובה אלרגית קשה, לרבות תגובה חמורה מידית (אנפילקסיס). - כן/לא * (אם כן, עליך לקרוא את המסמך המצורף ולחתום עליו).



הנני מאשר/ת כדלקמן:

אני מאשר/ת כי לבני/בתי מלאו 5 שנים, וטרם מלאו לו/לה 19 שנים, והוא/היא תלמיד/ה. אני מאשר/ת לתת לבני/בתי חיסון כנגד נגיף הקורונה. ידוע לי שבאפשרותי להגיע ביום החיסון לבית הספר. ידוע לי שלא יינתן לבני/בתי חיסון בניגוד לרצונו/ה. ידוע לי שבאפשרותי לפנות עם בני/בתי לקבלת החיסון בקופת החולים בה הוא/היא רשום/ה, או באחד ממרכזי החיסון האחרים. ידוע לי שעל הורי התלמיד/ה למסור לפני קבלת החיסון פרטים אודות מצבו/ה הבריאותי, רגישויות ואלרגיות לתרופות ולמזון. המידע יועבר לאחות שירותי בריאות התלמיד/ה הגוף המחסן מטעם משרד הבריאות בלבד.

קראתי ו/או ידוע לי כי יש מידע על החיסון באתר משרד הבריאות:

<https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home>



ידוע לי כי בני/בתי חייב/ת להישאר במקום מתן החיסון במשך כ-15 דקות לאחר מתן החיסון להשגחה, או 30 דקות אם יש לו/לה רגישות או אלרגיה מיוחדים לפי הוראות משרד הבריאות. ידוע לי שיש לפנות לקבלת טיפול רפואי או להתייעצות עם רופא/ה, אם תופענה תגובות לחיסון לאחר קבלתו, או אם ישתנה, באופן כלשהי, מצבו הגופני של בני/בתי לאחר קבלת החיסון.

חתימות ההורים: (נדרשת חתימה הורה אחד אלא אם ההורים גרושים)

תאריך	שם מלא	מס' ת"ז	חתימה
תאריך	שם מלא	מס' ת"ז	חתימה



משרד החינוך