



תאריך: \_\_\_\_\_

טופס בקשת רופא למתן טיפול תרופתי במסגרת המוסד החינוכי

אל: הצוות החינוכי

בבית הספר/ בגן הילדים \_\_\_\_\_

הנדון: מתן טיפול תרופתי במוסד החינוכי

התלמיד/ה \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

סובלת מ: \* \_\_\_\_\_

במקרים כגון או בתדירות של: \_\_\_\_\_

שהמאפיינים שלהם הם: \_\_\_\_\_

יש לתת לתלמיד/ה את התרופה: \_\_\_\_\_

(יש לכתוב באותיות דפוס לטיניות)

במינון כדלקמן: \_\_\_\_\_

במקרה של תופעות לוואי כגון \_\_\_\_\_ או שינוי חריג במצב בריאותו/ה יש להודיע להורי התלמיד/ה,

או, במידת הצורך, לפנותו/ה למוקד חירום (מד"א, מרפאה או בית חולים).

הריני לאשר כי התלמיד/ה רשאי/ת לבקר במוסד החינוכי וכי אפשר לתת לו/לה את הטיפול התרופתי במסגרת החינוכית.

הבקשה תקפה מתאריך \_\_\_\_\_ ועד תאריך \_\_\_\_\_

(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים)

בתודה,

השם הפרטי ושם המשפחה מספר הרישיון המוסד הרפואי חתימה וחותמתו של הרופא

\* יש לכתוב בכתב יד ברור וקריא, ולצד כל מילה הכתובה בלועזית יש להוסיף את התרגום בעברית.



תאריך: \_\_\_\_\_

אל:

\_\_\_\_\_ הצוות החינוכי של בית הספר / גן הילדים

שלו רב,

הנדון: בקשה למתן טיפול תרופתי לבני/לבתי במסגרת המוסד החינוכי

אנו, הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ מבקשים מצוות המוסד החינוכי לתת את התרופה

\_\_\_\_\_ במינון של או במקרים כגון

לבננו/לבנתנו בידיעתנו, באחריותנו ובהתאם להוראת הרופא המטפל המצורפת בזה. באחריותנו להודיע למוסד החינוכי על כל שינוי שיחול במצב הבריאות של ילדנו או בהנחיה הרפואית.

\_\_\_\_\_ במקרה של תופעות לוואי כגון

או כל שינוי חריג במצב בריאותו של ילדנו יש להודיע ל \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים).

**הריני לאשר כי בני/בתי רשאי/ת לבקר במוסד החינוכי ולקבל את התרופה הנ"ל במסגרת החינוכית.**

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ התאריך

\_\_\_\_\_ השם הפרטי ושם המשפחה