

עולים לחטיבת הביניים ע"ש "הרצוג" קדימה-צורן

סדרי מעבר והרשמה

לקראת שנה"ל תשפ"ב

21 בפברואר 2021
ט' באדר תשפ"א

תלמידים והורים יקרים,

ראשית, ברכות על הצטרפותכם לחטיבת הביניים ע"ש "הרצוג". תקופת החטיבה הינה חלק חשוב במסע ההתבגרות האישי, הלימודי והחברתי של כל אחד ואחת מכם. בכוחה של תקופה זו לחזק, לממש ולהעצים כישורים ייחודיים והצלחות אישיות.

אנו, נעשה כל שביכולתנו להעניק מקום בטוח, חינוך ערכי- חברתי, למידה משמעותית, פיתוח מיומנויות אישיות ובינאישיות. אנו מאמינים כי ההצלחה טמונה בכוחות המצויים בתוכם. יחד נתגבר על כל מהמורה ואתגר בדרך, נעמיק ידע ולמידה, נחזק ערך ועשייה. הכל בדרכנו "חנוך לנער על פי דרכו" (משלי) בחום ובאהבה.

וכעת, זו עת לא קלה עבור כולנו. מציאות בלתי רגילה המחייבת אותנו הסתגלות למצבים מאתגרים. לקראת ימי הרישום לחטיבה, אנו חושבים עליכם ונערכים להתארגנות מותאמת: רישום מרחוק.

נודה לשיתוף הפעולה לשם ביצוע הרישום באחד משני האופנים הבאים:

- א. שמירת הטפסים במחשב, מילוי הטפסים ושמירה בקובץ סגור (PDF) הוספת חתימה דיגיטלית בקובץ PDF. שליחת הטפסים למייל חט"ב הרצוג: Herzog.kazo@gmail.com
- שימו לב – במקומות בהם הנכם מתבקשים לצרף תמונה, ניתן להוסיף תמונה מקובץ מחשב בסטנדרט של תמונת פספורט (צילום חזיתי וברור של הפנים).
- ב. הדפסת ערכת הרישום + מילוי הטפסים באופן ידני. סריקת הטפסים ושליחתם למייל חט"ב הרצוג: Herzog.kazo@gmail.com
- ג. מועדי הרישום לחטיבה: 5-9/4/2021.

ערכת הרישום כוללת:

1. טופס פרטים אישיים.
 2. הצהרת בריאות.
 3. טופס ויתור סודיות - חתום.
 4. טופס יועצת
 5. טופס בקשה לשיבוץ חברים.
 6. אישור פרסום תמונות באמצעי התקשורת הבית ספרים.
- בנוסף יש לצרף לערכת הרישום:**
1. צילום תעודת מחצית א' של שנה"ל תשפ"א.
 2. צילום ספח תעודת זהות של אחד ההורים, בו רשומים מספרי ת.ז של ההורים ושל התלמיד/ה.
 3. אבחון לקויות למידה/ הפרעת קשב/ פסיכולוגי במידה ויש (במסירה אישית למזכירות ובמעטפה סגורה).

- לתשומת לבכם – השתתפות בפרוייקט השאלת ספרים תתבצע ישירות מול "תולעת ספרים" אירועים מתוכננים:

- ביקור תלמידי כיתות ו' בחטיבתנו (פיזית או בזום) - יום שלישי 4.5.2021
- ערב חשיפה להורים – 21.2.2021 19:30 בזום.

בברכת בריאות איתנה ודרך צלחה,

אריאלה לשובר

והצוות החינוכי

פרטי התלמיד/ה:

טופס פרטים אישיים

תמונה - חובה
(צילום חזיתי וברור
של הפנים)

שם משפחה	שם פרטי	מין

שם משפחה באנגלית	שם פרטי באנגלית

*לטובת מייל ארגוני אישי יש למלא גם שם משפחה ושם פרטי באנגלית

מספר ת.ז.	
תאריך לידה	
ארץ לידה	
תאריך עליה	
כתובת מלאה	
ת.ד. - חובה למלא	
טלפון בית	
מס' נייד	
דוא"ל	

בית ספר יסודי: _____ **כיתה:** _____ **יישוב:** _____

פרטי ההורים:

הורה 2		הורה 1	
שם	שם	שם	שם
מספר ת.ז.	מספר ת.ז.	מספר ת.ז.	מספר ת.ז.
ארץ לידה	ארץ לידה	ארץ לידה	ארץ לידה
שנת לידה	שנת לידה	שנת לידה	שנת לידה
שנות לימוד	שנות לימוד	שנות לימוד	שנות לימוד
מקצוע	מקצוע	מקצוע	מקצוע
מקום עבודה	מקום עבודה	מקום עבודה	מקום עבודה
טלפון בעבודה	טלפון בעבודה	טלפון בעבודה	טלפון בעבודה
מס' נייד	מס' נייד	מס' נייד	מס' נייד
מצב משפחתי	מצב משפחתי	מצב משפחתי	מצב משפחתי
דוא"ל	דוא"ל	דוא"ל	דוא"ל

טלפון נוסף למקרה חירום שם: _____ **קרבה:** _____ **טלפון:** _____

פרטי אחים אחיות:

שם	מין	תאריך לידה

נבקשכם להודיע לביה"ס על כל שינוי בפרטים הנ"ל.

תחומים בהם הורים מעוניינים לתרום / לסייע לבית הספר:

האם מוכרים ברווחה - כן / לא

הארות / הערות

ידוע לי כי הפרטים שמולאו על ידי בטופס פרטים אישיים יוזנו במחשב למטרות ניהול פדגוגי בית ספרי.
ידוע לי כי חלק מהנתונים עשויים לעבור לרשות המקומית ולמשרד החינוך במסגרת ניהול מערכות כספיות ומערכות מידע וזאת ע"פ הנהלים הקיימים, ושמירה על צנעת הפרט.

תאריך: _____ שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

תאריך: _____ שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

*רק במקרה של הורים גרושים נדרשת חתימת שני ההורים

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר תשפ"ב

שם בית הספר: _____ היישוב: _____
אל: מחנך/ת הכיתה, מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה _____
השם הפרטי _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____
תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ _____
הכתובת: _____
כתובת הדוא"ל: _____
שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

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

2. 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: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

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

פירוט מהות המחלה והמגבלות בפעילות: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____ לתקופה: _____

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

פירוט: _____

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

פירוט: _____

6. במידה וסומן "כן" באחד מהסעיפים 2-5 לפחות, יש לצרף את המסמכים האלה:

- סיכום מידע רפואי עדכני המעיד על המצב הבריאותי או על הרגישות לתרופה או למזון.
- מצורף אישור רפואי הכולל התייחסות רופא למהות הבעיה הרפואית וכולל את המגבלות הנגזרות ממנה.
- מצורף אישור רפואי התקף לשנת הלימודים הנוכחית.

האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

7. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
8. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:
-
10. אני מאשר/ת כי ידוע לי שבמסגרת שירותי הבריאות, לתלמיד יקבל/תקבל בני/בתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות כמפורט להלן:
- בכיתה א': חיסון נגד חצבת - חזרת - אדמת - אבעבועות רוח
 - בכיתה ב': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - שיתוק ילדים (פוליו) - חיסון נגד שפעת
 - בכיתה ג': חיסון נגד שפעת
 - בכיתה ח': חיסון נגד אסכרה (דיפתריה) - פלצת (טטנוס) - שעלת - חיסון נגד נגיף הפפילומה (HPV)
11. אני מאשר/ת מתן חיסונים לבני/לבתי לפי תוכנית זו, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר. אני מתחייב/ת להעביר את פנקס החיסונים כנדרש.
12. לבני/לבתי הייתה תגובה חריגה למתן חיסון בעבר לא/כן
אם כן, פרט לאיזה חיסון: _____
תיאור התגובה: _____
13. 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.
14. 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.
15. אני מאשר את הסכמתי לקבל מסרון/SMS אודות בדיקות וחיסונים שילדי אמור לקבל במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד.
16. לפנייה כאשר מתעוררת בעיה רפואית הקשורה במחלה הכרונית יש ליצור קשר עם: _____
מספר טלפון: _____

_____	_____	_____
חתימה	שם ההורה	התאריך
_____	_____	_____
חתימה	שם ההורה	התאריך

*רק במקרה של הורים גרושים נדרשת חתימת שני ההורים

תאריך: _____

טופס ויתור סודיות להעברת מידע בין היסודי לחט"ב

לכבוד,

חט"ב הרצוג

אני החתומה/ה מטה נותנת/ת בזה רשות למנהל המוסד החינוכי ו/או ליועץ של בית ספר יובלים/ לבן רן למסור ליועצת בית הספר או למנהלת חט"ב "הרצוג" את הפרטים הבאים אודות בני/בתי _____ .

- מאפייני תפקוד בתחום הלימודי לרבות לקויות למידה, קשב וריכוז
- מאפייני תפקוד בתחום ההתנהגותי
- מאפייני תפקוד בתחום החברתי והרגשי
- מצבו. ה. הבריאותי
- מצב משפחתי - מידע רלוונטי לתפקוד התלמיד. ה. בבית הספר
- כל מידע רלוונטי אחר על מצבו. ה. על פי שיקול דעת מקצועי

הערות

שם התלמיד/ה _____ מס' תעודת זהות של התלמיד/ה _____

שם ההורה * _____ חתימה _____

שם ההורה * _____ חתימה _____

*רק במקרה של הורים גרושים נדרשת חתימת שני ההורים

לכבוד: יועצת השכבה

תמונה - חובה
(צילום חזיתי וברור
של הפנים)

טופס פרטים אישיים ליועצת

שם התלמיד/ה _____ בי"ס יסודי: _____ כיתה: _____

טלפון נייד תלמיד/ה: _____ דוא"ל תלמיד/ה: _____

שם ההורה: _____ טל': _____ שם ההורה: _____ טל': _____

עולה חדש:

ארץ עלייה: _____ תאריך עלייה: _____ (נא לצרף צילום תעודת עלייה).

תושב חוזר:

משך שהות בחו"ל _____ שנים. מתאריך _____ עד _____ .

הערות מיוחדות לגבי התלמיד/ה:

בעיות בריאות: _____

אבחון: דידקטי / פסיכודידקטי / לקות קשב/ אחר מתאריך: _____

תחביבים אישיים:

_____ .1

_____ .2

פעילות בתנועת הנוער כן / לא

חוגים: _____

מעוניין/ת לתרום לפעילות ביה"ס בתחום _____

דברים נוספים שברצונך להביא לידיעת היועצת:



טופס בחירת

עולים לחטיבת הביניים

חברים

שם התלמיד/ה: _____ כיתה: _____ ביה"ס: _____

- * לקראת המעבר לכיתה ז' ניתנת לך האפשרות לבחירת חברים.
 - * יש למלא שלושה חברים, מתוכם ניתן לבחור חבר אחד מבית ספר מקביל.
 - נא למלא שם מלא, שם בי"ס ומספר כיתה.
 - * בית הספר מתחייב לאפשר לך ללמוד עם אחד משלושת החברים אותם ציינת בטופס זה. **אין חשיבות לסדר השמות.**
 - * אנא וודא/י היטב את בחירתך, התייעץ/י עם ההורים ועם הצוות החינוכי.
- אני מעוניין/ת ללמוד עם התלמידים:

מס'	שם משפחה ושם פרטי	בי"ס	כיתה
1			
2			
3			

חתימת התלמיד/ה: _____ תאריך: _____

שמות ההורים: _____ חתימת הורים: _____

אנו מאחלים לך בהצלחה בחטיבת הביניים.

גלית שוחמי
יועצת ביה"ס
והצוות החינוכי

אישור פרסום תמונות באמצעי תקשורת בית ספריים

במהלך שנת הלימודים מתקיימים בבית הספר אירועים רבים ופעילויות בית ספריות שונות. העשייה החינוכיות מתועדת ומפורסמת באתר הבית-ספרי.

אנו מבקשים את אישורכם לפרסום תמונות אלה באתר ובפלטפורמות חינוכיות למיניהן.

אנו הורי התלמיד/ה _____ מאשרים פרסום תמונות בנו/בתנו באמצעי התקשורת הבית ספריים של חטיבת הביניים "הרצוג" קדימה-צורן.

על החתום

שמות ההורים: _____ תאריך: _____
חתימת הורה: _____ חתימת הורה: _____
