

17.2.2025

הורים יקרים שלום רב,

בימים אלה אנו נערכים לקליטת תלמידי כיתות ו' לחטיבה שנה"ל תשפ"ו.

לצורך היערכות מיטבית, ובנוסף לרישום המקוון שנעשה בעירייה, נבקש למלא את הטפסים המצורפים במלואם עד לתאריך 6.3.2025 ולהחזירם למזכירות ביה"ס **בצירוף המסמכים הבאים:**

1. **צילום תעודה - מחצית א'.**

2. **תמונת פספורט.**

3. **צילום ת.ז + ספח.**

4. **הורים גרושים – יש צורך להביא צילום ת.ז + ספח של שני ההורים ולמלא כתב הצהרה והתחייבות להורים גרושים שמצורף לטפסים.**

5. **במידה ויש אבחון – כדאי לצרפו.**

תודה על שיתוף הפעולה.

בברכה,

אודליה גלוס איטח

מנהלת חטיבה אבני החושן-מקיף י'

טופס רישום לחטיבת הביניים לשנה"ל תשפ"ו

פרטים אישיים של התלמיד/ה

מס' ת.ז. _____ שם פרטי של התלמיד _____ שם משפחה _____
מין: נ/ז _____ ארץ לידה _____ תאריך לידה _____ תאריך עליה _____
נייד תלמיד _____ דואר אלקטרוני של התלמיד _____ @ _____
ב"ס קודם _____ עיר _____ כיתה _____ עולה לכיתה _____

כתובת

ישוב _____ רחוב _____ מס' _____ מיקוד _____
טלפון בית _____ קופת חולים _____ מס' אחים (לא כולל התלמיד) _____

פרטיים אישיים הורה 1:

קרבה: _____
ת.ז. _____
שם פרטי: _____
שם משפחה: _____
ארץ לידה: _____
שנת עלייה: _____
תאריך לידה: _____
טלפון נייד: _____
מייל: _____
מקום עבודה: _____
מקצוע: _____
שנות לימוד: _____
להורים גרושים: _____
כתובת: _____

פרטיים אישיים הורה 2:

קרבה: _____
ת.ז. _____
שם פרטי: _____
שם משפחה: _____
ארץ לידה: _____
שנת עלייה: _____
תאריך לידה: _____
טלפון נייד: _____
מייל: _____
מקום עבודה: _____
מקצוע: _____
שנות לימוד: _____
להורים גרושים: _____
כתובת: _____

מצב משפחתי: נשואים / פרודים / גרושים / אלמנה / חד הורית

הנני מאשר העברת הפרטים הנ"ל למאגר המחשב של ביה"ס, לשם שימוש לצורכי בית הספר והעירייה.

תאריך _____ חתימת ההורים _____



שאלון היכרות לתלמיד/ה העולה לכיתה ז'
"קצת על עצמי לספר ידעתי" - רחל המשוררת

פרטים מזהים כלליים:

שם התלמיד/ה: _____ כתובת: _____
מספר נייד של התלמיד/ה: _____ תאריך יום ההולדת: _____
שם הורה 1: _____ מקצוע בו עוסק/ת: _____ נייד: _____
שם הורה 2: _____ מקצוע בו עוסק/ת: _____ נייד: _____
מצב משפחתי של ההורים: _____ (נשואים / פרודים / גרושים/אחר)
מספר אחים ואחיות: _____ מיקומי במשפחה: _____ (בכורה / אמצעית / צעירה)
חבריי הטובים ביותר מהיסודי: _____
אני אלרגי/יש לי רגישות ל: _____

פרטים ייחודיים:

תחביבים עיקריים בהם אני עוסק/ת בזמני הפנוי: _____
אני לוקח/ת חלק בפעילות תנועת נוער: כן/לא, שם תנועת הנוער: _____
אני מתנדב/ת בשעות: _____ במקום: _____
אני משתתף/ת בחוגים: _____ (יש לציין את נושא החוג: התעמלות לדוגמא)
אני יכול/ה לתרום לכיתתי החדשה ב: _____

אני ולימודים:

המקצועות שחוויתי בהם הצלחה: _____
המקצועות שקשה לי יותר בהם: _____
השנה אני חושב/ת או מרגישה שאזדקק לעזרה ב: _____

יש/אין לי אבחון. _____
חשוב לי שהמורים בחטיבה _____
ציפיות שלי מהמחנכת החדשה: _____

מאחלות לך שנה מוצלחת במיוחד ,
אינך דומה לאף אחד....
השתמש/י בחוזקותייך כדי להשיג את יעדייך!
במידה רבה הצלחתך תלויה בך!!!

טופס לקבלת הסכמה הורה / אפוטרופוס לפעילות באתר הבית ספרי / מזדה חברתית

לכבוד

הורי התלמיד/ה _____ כיתה _____

כתובת האתר שמוסדנו הקיים היא: <https://mekify.mashov.info/>

האתר נבנה לצורך המטרות האלה: העברת מידע שוטף לכלל תלמידי בית הספר, תכנים לימודיים, תקשורת ע"י פורומים כיתתיים, סביבה לימודית ועוד.

באתרים נכללים התכנים האלה: תכנים לימודיים, מידע כללי, פורומים, לוח מבחנים, נהלים, הודעות שוטפות ועוד.

בהתאם להוראות של משרד החינוך **לא יכללו** באתר כתובות המגורים של התלמידים, מספרי טלפון או מידע רגיש לגבי תלמידים על צנעת אישיותם, אודות משפחתם ומצבם הכלכלי או ציונים והערכות לימודיות. ברצוננו לשלב את הנושאים הבאים בפעילויות האתר:

- רישום שמות תלמידים.
 - הצגת תמונות קבוצתיות של התלמידים ללא ציון שמותיהם.
 - שימוש בקולות התלמידים.
 - שיתוף תלמידים בפורומים.
 - פרסום חיבורים או הבעת דעות של תלמידים.
- כדי לכלול את בנכם/בתכם בפעילויות הנ"ל עלינו לקבל את הסכמתכם המפורשת לכך.
נא מלאו את הטופס הרצ"ב, אשרו אותו בחתימתכם אשרו אותו בחתימתכם ושלחוהו לבית הספר.
אם תשנו בעתיד את דעתכם ותרצו לחזור בכם לגבי הפעילויות המופיעות בטופס, כולן או חלקן, תוכלו לפנות אלינו בכתב, ונמלא את בקשתכם.

*** אישור זה תקף במהלך השנים תשפ"ו- תשפ"ח**

בכבוד רב,

אודליה גלנוס איטח

מנהלת חטיבת הביניים

טופס הסכמת ההורים והתלמידים להשתתפות בפעילויות באינטרנט

בתשובה למכתבך ובכפיפות לאמור בו הריני להביע את הסכמתי לשיתוף בני/בתי _____ מכיתה _____ בפעילויות האינטרנט האלה:

- רישום שם בני/בתי
- הצגת בני/בתי בתמונות במסגרת פעילויות בית ספריות.
- הסכמה לשיתוף תלמידים בפורומים.
- פרסום חיבור מאו הבעת דעה של בני/ בתי – בתכתובת בפורומים.
- הצגת תוצרי עבודה / למידה של בני/ בתי באחר.

*** אישור זה תקף במהלך השנים תשפ"ו- תשפ"ח**

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורים _____

שם התלמיד _____ חתימת התלמיד _____



facebook

חטיבה עליונה - רח' אבני החושן 3, נווה ים, ראשל"צ 7514101 טל' 03-9519281 פקס' 03-9617318
חטיבת ביניים - רח' ה' בא"ר 2, נווה ים, ראשל"צ 7543402 טל' 03-9521246 פקס' 03-9616431

שנה"ל תשפ"ו

אישור צילום ופרסום תמונות/ סרטוני וידאו

אנו הורי התלמיד/ה _____ מכתה _____

מאשרים / לא מאשרים כי תמונות בני / בתי יופיעו במסגרת תיעוד אירועים ופעילויות בית

ספריות (כגון: טקסים, שיעורים, הפסקות, חגים, אתר ביה"ס, עיתון וכו').

אישור זה תקף במהלך השנים תשפ"ו – תשפ"ח.

שם ההורה _____
חתימה _____
תאריך _____



facebook

חטיבה עליונה - רח' אבני החושן 3, נווה ים, ראשל"צ 7514101 טל' 03-9519281 פקס' 03-9617318
חטיבת ביניים - רח' ה' בא"ר 2, נווה ים, ראשל"צ 7543402 טל' 03-9521246 פקס' 03-9616431



מדינת ישראל
משרד החינוך

הצהרת בריאות שנתית

לשנת _____

- יש למלא הצהרת בריאות שנתית עבור כל תלמיד/ה בנפרד. מתן מידע מלא ומפורט יאפשר לצוות החינוכי בבית הספר לדעת על מגבלות רפואיות שונות.
- בסעיפים שבהם ציינת שקיימת בעיה רפואית, יש לציין מהי הבעיה ולפרט במידת הצורך.
 - אם אין ערך מתאים ברשימה, חובה לפרט.
 - במסגרת ההצהרה מוצג מפרט החיסונים שבשגרה ובדיקות הסקר לפי שלבי חינוך ולפי כיתות, הניתנים לתלמידים במוסד החינוכי.
 - חובה לצרף את כל המסמכים הרפואיים הרלוונטיים.
 - יש להקיף בעיגול **כן / לא**, אם סימנת כן, יש למלא את הפרטים שמתחת לשאלה.
 - כל השדות הינם חובה למילוי.

.....

שם התלמיד/ה: _____ ת"ז: _____ כיתה: _____ שם מוסד: _____

1. האם קיימת מגבלה בריאותית המונעת מהתלמיד/ה להשתתף בפעילות בית ספרית ומטעמו?
כן / לא

☐ טיול

☐ פעילות בחדר כושר

☐ פעילות גופנית

☐ תחרות ספורט של בתי הספר

☐ פעילות אחרת

פירוט: _____

* יש לצרף לטופס זה מסמך רפואי המפרט את המגבלה של התלמיד.



מדינת ישראל
משרד החינוך

2. האם קיימת לתלמיד/ה בעיה בריאותית כרונית? **כן / לא**

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ אסטמה | ☐ מחלת מעיים - קרוהן | ☐ צליאק - כרסת |
| ☐ אפילפסיה - מחלת נפילה | ☐ מחלת מעיים - קוליטיס | ☐ קרישיות דם - המופיליה |
| ☐ בעיה קרדיולוגית | ☐ מחלת עור | ☐ קרישיות דם - טרומבוציטופניה |
| ☐ מושתל אברים | ☐ ניוון שרירים - דושן | ☐ G6PD |
| ☐ מחלה ממארת - טיפול כימוטרפי | ☐ סוכרת מסוג 1 - סוכרת נעורים | ☐ בעיה כרונית אחרת |

פירוט:

3. האם התלמיד/ה נוטל/ת תרופה/תרופות באופן קבוע? **כן / לא**

פירוט התרופות:

4. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות לתרופות? **כן / לא**

פירוט:

5. האם קיימת לתלמיד/ה רגישות למזון או לחומרים אחרים? **כן / לא**

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| ☐ אגוזים | ☐ חלב | ☐ עקיצת צרעות | ☐ שמרים |
| ☐ בוטנים | ☐ יוד | ☐ פול | ☐ שקדים |
| ☐ ביצים | ☐ לטקס | ☐ צמחים (אבקנים) | ☐ חומר/מזון אחר |
| ☐ גלוטן (חיטה) | ☐ סויה | ☐ קיווי | |
| ☐ דבש | ☐ עקיצת דבורים | ☐ קרדית אבק הבית | |
| ☐ דגים | ☐ עקיצת יתושים | ☐ שומשום | |

פירוט:

* במידת הצורך ועל פי המלצת רופא יש לשאת מזרק אפיפן אישי

6. האם התלמיד/ה נושא/ת מזרק אפיפן אישי? **כן / לא**



מדינת ישראל
משרד הבריאות

7. הסכמה לקבלת חיסון במסגרת שירותי הבריאות לפי תוכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות.
כן / לא

רשימת חיסונים	כיתה
חיסון נגד חצבת, חזרת, אדמת ואבעבועות רוח - חיסון MMRV	א'
חיסון נגד אסכרה (דיפתריה), פלצת (טטנוס), *שעלת, שיתוק ילדים Tdap-IPV חיסון נגד שפעת	ב'
חיסון נגד שפעת	ג'
חיסון נגד שפעת	ד'
חיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת - חיסון Tdap, חיסון נגד נגיף הפפילומה - חיסון HPV **	ה'

* החיסון נגד אסכרה, פלצת ושעלת ניתן בכיתה ב' ו-ח' ובמחוז צפון ודרום בכיתות א' ו-ח'.
** החיסון נגד נגיף הפפילומה ניתן בשתי מנות בכיתה ח' ובמחוזות מרכז, חיפה ודרום המנה הראשונה בכיתה ז' והמנה השנייה בכיתה ח'.

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים, יש לפרט: _____

8. האם לתלמיד/ה היתה תגובה חריגה למתן חיסון? כן / לא

פירוט: _____

9. הסכמה שהתלמיד/ה יעבור/תעבור בדיקות סקר בהתאם לשכבת הגיל שלו/שלה בשנת הלימודים הנוכחית. כן / לא

רשימת בדיקות	כיתה
בדיקת ראייה, בדיקת שמיעה, בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה	א'
בריאות הפה והשיניים	ב'
בריאות הפה והשיניים	ג'
בריאות הפה והשיניים	ד'
בריאות הפה והשיניים	ה'
בריאות הפה והשיניים	ו'
בריאות הפה והשיניים, הערכה ואומדן גדילה	ז'
בדיקת ראייה	ח'

אם אין הסכמה לחלק מהבדיקות, יש לפרט: _____

מכיל מידע מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות - המוסרו שלא כדין עובר עבירה



מדינת ישראל
משרד החינוך

10. הסכמה לקבלת מסרון SMS ודוא"ל על אודות חיסונים, בדיקות סקר ותוצאות בדיקות הסינון
במסגרת שירותי הבריאות לתלמיד. **כן / לא**

.....

11. במקרה של בעיה רפואית יש ליצור קשר עם:

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____

• שם מלא: _____ מספר טלפון: _____

.....

אני מאשר/ת מתן מידע ו/או העברת הצהרת הבריאות לצוות החינוכי ו/או לצוות בריאות התלמיד בבית
הספר מטעם משרד הבריאות ו/או מי מטעמו בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי ומתחייב/ת
להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצבו/במצבה הבריאותי.

.....

הוצהר על ידי _____ ת"ז _____

תאריך _____ חתימה _____



**כתב הצהרה והתחייבות להורים/גרושים/פרודים/רווקים/יחידניים
לצרכי רישום/העברה/ביטול רישום בתי ספר**

- הורה עצמאי – כהגדרתו בחוק סיוע למשפחות שבראשן הורה עצמאי, התשנ"ב-1992
1. אני הח"מ מספר זהות _____ מצב משפחתי _____ עורד/ת _____
כתב הצהרה והתחייבות זו בתמיכה לבקשתי לרישום/ביטול רישום/העברת קטיף/קטינים.

שם התלמיד	ת.ז.	שם ביה"ס / גן הנוכחי	כיתה

♣♣♣ נא להשלים את המצב המשפחתי של הורי הילדה:

סטאטוס הורה: גרושה / פרודה / אלמנה / רווקה/אחר _____ סטאטוס הורה: גרוש / פרוד / אלמן / רווק / אחר _____
אני מצהיר/ה כי כתובת מגורי הינה _____
כתובת ההורה הנוסף הינה: באותה כתובת / לא ידוע/ בכתובת: _____
(חובה לצרף ספחי תעודת זהות עדכניים של שני ההורים).

2. הנני מצהיר/ה ומתחייב/ת כי

(יש לסמן X באחת מהאפשרויות הבאות):

☐ הנני אפטרופס/ה החוקית/ת של הקטיף ואחראי לחינוכו במשותף עם מר/גב' _____
מספר זהות _____ כתובת _____
טלפון _____ (להלן: "האחראי הנוסף").

☐ הנני הורה יחידני (יש לצרף תעודת לידה).

☐ מצהיר כי הרישום/ביטול/העברה נעשה/ית בהסכמת האחראי הנוסף ועל דעתו (לצדף מכתב האחראי הנוסף או החלטה שיפוטית).

☐ ניסיתי ללא הצלחה לאתר את האחראי הנוסף וליידעו בדבר הרישום / ביטול הרישום/ העברה (לצדף תצהיר חתום ע"י עו"ד).

☐ הנני האפטרופס/ית החוקית/ת של הקטיף ואחראי/ת בלעדית על חינוכו (חובה לצרף החלטה שיפוטית).

☐ אין הסכמה של האחראי הנוסף בדבר הרישום / ביטול הרישום/ העברה של הקטיף על כן, מצורפת החלטת בית משפט לאישור הרישום בחתימתי בלבד. (חובה לצדף החלטה שיפוטית).

3. הנני מצהיר/ה כי המידע המפורט בכתב הצהרה והתחייבות זו נכון. ידוע לי כי אם ימצא שהמידע שנמסר איננו אמת, רשאית עיריית ראשון לציון (להלן: "העירייה") לבטל/לשנות את הרישום/ביטול רישום/העברה של הקטיף.

4. הנני מתחייב/ת להודיע למחלקה לרישום בתי ספר/גני ילדים על כל שינוי במידע המפורט בכתב הצהרה זה לאלתר. אם ימצא שהמידע לא עודכן תוך 14 ימים מיום השינוי, רשאית העירייה לבטל/לשנות את הרישום/העברה של הקטיף.

5. ע"פ חוזר מנכ"ל סב/7(א) – רישום כוזב מהווה עבירה פלילית, כך גם אי מסירת פרטים מדויקים של הנרשם לרבות מקום מגוריו הקבוע.

תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימה: _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____ שם מלא: _____ חתימה: _____

תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימה: _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____

** התצהיר חייב להיות תקף למועד הרישום.

** את המסמך החתום ניתן לשלוח לפקס: 03-9682379 או במייל: alyesodi@rishonlezion.muni.il

** המצהיר יישא באחריות בגין נזקים שייגרמו, היה והמידע שנמסר הינו מידע כוזב.

כתובת: רח' הכרמל 20 ראשון לציון 75264 טל': 03-9547718, 03-9547408 פקס: 03-9682379

מייל: alyesodi@rishonlezion.muni.il



ראשון לציון
אתם במרכז

סמל מוסד
441758

קריית החינוך השש שנתית
נ"ש אלברס אינשטיין



תאריך: _____

טופס עדכון קשר והעברת מידע להורים פרודים / גרושים

שם התלמיד/ה: _____

כיתה: _____

דרכי התקשרות עם ההורים:

שם ההורה אשר הילד נמצא בחזקתו: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

שם ההורה הנוסף: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

אני: _____ מאשר/ת חתימת ההורה _____

להתנהלות שוטפת בבית הספר.

חתימת הורה: _____

חתימת הורה: _____



facebook

חטיבה עליונה – רח' אבני החושן 3, נווה ים, ראשל"צ 7514101 טל' 03-9519281 פקס' 03-9617318
חטיבת ביניים – רח' ה' באיר 2, נווה ים, ראשל"צ 7543402 טל' 03-9521246 פקס' 03-9616431