



"בי"ס "צליל"

טופס בקשת הורים למתן טיפול תרופתי במסגרת המוסד החינוכי

אל: הצוות החינוכי של בית הספר ___ "צליל" – סמל מוסד 482406 _____

שלו רב,

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

אנו, הורי התלמיד/ה _____ מס' ת"ז _____

מבקשים מצוות המוסד החינוכי לתת את התרופה _____

במינון של או במקרים כגון _____

לבננו/לבתנו 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 _____.

הבקשה תקפה מתאריך _____ 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.

השם הפרטי ושם המשפחה	התאריך	חתימה
----------------------	--------	-------



"בי"ס "צליל"