

טופס רישום לתיכון אורט אורנית-תשפ"ה

פרטי התלמיד:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מין: ☐ ז ☐ נ

מס' ת.ז. _____

תאריך לידה _____ ארץ לידה _____

כתובת _____ מיקוד _____

מס' טלפון בבית _____

מס' טלפון נייד של התלמיד _____

כתובת מייל של התלמיד _____ @ _____

פרטי ההורים:

שם אב	שם אם
מס' ת.ז.	מס' ת.ז.
שנת לידה	שנת לידה
ארץ לידה	ארץ לידה
שנות לימוד	שנות לימוד
מקצוע	מקצוע
מקום עבודה	מקום עבודה
טלי נייד	טלי נייד
כתובת מגורים	כתובת מגורים
כתובת מייל	כתובת מייל
מצב משפחתי	מצב משפחתי

לגבי הורים גרושים: הילד בחזקת האם/האב/משותפת

פרטי האחים/ות:

שם	תאריך לידה	עיסוק
אח/אחות		
אח/אחות		
אח/אחות		
אח/אחות		
אח/אחות		
אח/אחות		
אח/אחות		
אח/אחות		

מי גר איתך בבית? _____

הערות מיוחדות לגבי התלמיד:

בעיות בריאות

לקות למידה: מאובחן/לא מאובחן.

* במידה והילד/ה מאובחנים, יש לצרף לטפסים אבחון עדכני.

13 שנים ביה"ס צומד לרשותכם בכל את וישאח לסייע בכל נושא הדורש הת'יחסות אישית

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם בבית הספר

מאת: הורי התלמיד/ה _____

תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ

שם האם: _____ מס' טלפון נייד: _____

שם האב: _____ מס' טלפון נייד: _____

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי כל מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- יש לבני/בתי 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 ע"י: _____

לתקופה: _____

- יש לבני/בתי בעיה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכו') לא/כן. פרט: _____

- בני/בתי נוטל/ת תרופות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____

- בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: _____

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן ע"י: _____ לתקופה: _____

השם, הכתובת ומס' הטלפון לפניה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

- אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או צוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר אודותיו:

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך

אישור צילום ופרסום תמונות

שם התלמיד: _____

הרינו מאשרים/לא מאשרים (הקף בעיגול)

צילום בני/בתי בפעילויות בית הספר ופרסום תמונותיו/ה במדיה הכתובה והאינטרנטית
(עיתון קומי, מידעון בית הספר, עיתון בית הספר, אתר בית הספר, דף הפייסבוק של בית הספר ועוד).

שם ההורה: _____

חתימת ההורים: _____ תאריך: _____

חושבים אחרת

אורט אורנית

אנשים. ערכים. מצוינות ● למען קהילה איכותית!

ת.ד. 6854 ד.ג. אפרים אורנית מיקוד 4481300

טלפון: 03-9360875 | פקס: 03-9360896 | www.oranit.ort.org.il | oranit@oranit.ort.org.il

ויתור סודיות-הרשאה למסירת מידע במעבר

לכבוד המוסד החינוכי _____

אנו הח"מ, הורי התלמיד/ה (או אפוטרופוסים של הילד/ה):

שם מלא של התלמיד/ה: _____ ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

נותן/ת בזה רשות למנהלת המוסד החינוכי ו/או ליועצת בית הספר _____ (שם המוסד החינוכי

שבו לומד/ת התלמיד/ה) למסור ליועץ/ת בית הספר או למנהל/ת המוסד הקולט _____

את הפרטים הבאים אודות בני/בתי:

(יש לסמן ליד העיגולים המתאימים)

☐ מאפייני תפקודו בתחום הלימודי לרבות לקויות למידה, קשב וריכוז;

☐ מאפייני תפקודו ההתנהגותי;

☐ חוות דעת מקצועיות עליו: אבחון פסיכולוגי, אבחון דידקטי וכו';

☐ מצבו הבריאותי;

☐ מצב משפחתי – מידע רלבנטי לתפקוד התלמיד/ה בבית הספר;

☐ כל מידע רלבנטי אחר על מצבו/ה על פי שיקול דעת מקצועי _____

בכבוד רב,

שם האם _____ שם האב _____

חתימה _____ חתימה _____

מס' ת.ז. _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____ כתובת _____

טלפון _____ טלפון _____

במידה וההורים גרושים/פרודים נדרשת חתימת שני ההורים.

תוקפו של כתב ויתור זה עד לתאריך _____ כולל.

שם התלמיד: _____

מס' ת.ז. _____

כתב התחייבות/הצהרה

1. אני הח"מ מבקש לרשום את בני/בתי ללימודים בביה"ס, משנת תשפ"ה ואילך.
2. בנוסף לציוני המחצית שהומצאו לכם עם הרישום, הרינו מתחייב להמציא לכם את גיליון הציונים המצורף לתעודת הסיום של ביה"ס היסודי/חטיבת הביניים, בתחילת חופשת הקיץ.
3. הריני מצהיר כי הובא לידיעתי שרישום זה הוא מקדים בלבד ואינו סופי. ההחלטה הסופית בנוגע לקבלה לביה"ס תיקבע ע"י הנהלת ביה"ס, אשר תקבע סופית את המגמה והמסלול בהם ילמד בני/בתי על פי כישוריו והישגיו.
4. תשלומים
 - 4.1 הובא לידיעתי כי במעמד הרישום טרם ידוע גובה סל הגביה לשנת הלימודים הקרובה. הנהלת ביה"ס תביא לידיעת הורי התלמידים גובה סל הגביה מיד עם קבלת האישור ממשרד החינוך ויו"ר ועד ההורים.
 - 4.2 אני מתחייב לשלם לביה"ס את מלוא סל הגביה, אגרת השירותים וכל תשלום אחר שייקבע ע"י משרד החינוך או משרד התמ"ת (הרלוונטי מבין השניים), עפ"י סדרי התשלום כדלקמן:
 - 4.2.1 יתרת הסל תשולם באחת מהחלופות הבאות:
 - 4.2.1.1 בפריסה לתשלומים, באמצעות הרשאה לחיוב חשבון הבנק. (ההרשאה תינתן במעמד הרישום)
 - 4.2.1.2 המחאות בפריסה למועדים דחויים. עד 5 תשלומים.
 - 4.2.1.3 בכרטיס אשראי עד 5 תשלומים או במזומן או בהמחאה לפירעון מידי.
 - 4.3 לתלמידי חוץ – תלמידים מחוץ לעיר מתחייבים להמציא אישור מהרשות בה הם מתגוררים על העברת האגרה לתלמידי חוץ, עפ"י קביעת משרד החינוך. בהיעדר כיסוי של הרשות יחוייבו ההורים בתשלום אגרת תלמידי חוץ, כפי שייקבע ע"י משרד החינוך.
 - 4.4 הריני מתחייב לכסות כל נזק שיגרם ע"י בני/בתי לרכוש ביה"ס, מיד עם דרישת ההנהלה.
 - 4.5 הריני מתחייב לעמוד בכל התשלומים, אשר יידרשו כחוק עפ"י כתב התחייבות זה.

5. בריאות

הריני מתחייב למסור לכם הודעה על מצב הבריאות של בני/בתי כנדרש ע"י משרד הבריאות, ובנוסף שיומציא לי וייחתם בחתימת ידי.
במקביל, ולמניעת ספק, הריני מצהיר בזה כי לבני/בתי אין מגבלות בריאות, וכי הוא רשאי להשתתף בשיעורי חינוך גופני, סמינרים ארציים וטיולים בית ספריים. אני מתחייב להודיע להנהלת בית הספר על כל שינוי במצב בריאותו.
במקרה של מגבלת בריאות קיימת, יש למחוק פסקה זו.

6. כללי

הפרטים הנמסרים על ידנו במהלך ההרשמה והפרטים שיצטברו במהלך לימודי בננו/בתנו, נמסרים מרצוננו ונאספים ומנוהלים בהסכמתנו. הפרטים יישמרו במאגר המידע של אורט ישראל וישמשו למטרות ניהול פדגוגי ואדמיניסטרטיבי של בית הספר ואורט ישראל. חלק מהנתונים יועברו לרשות המקומית, למשרדי ממשלה, לצה"ל ולגופים העוסקים בסיוע וברוחת התלמיד, במסגרת ניהול מערכות כספיות, מערכות תומכות לימוד ומערכות מידע, בהתאם להנחיות משרד החינוך, משרד התמ"ת או גופים ממשלתיים אחרים כפי שתהיינה מעת לעת, לחוקי החינוך ולחוק הגנת הפרטיות.

7. בכל מקום בו נזכר לשון זכר הכוונה לזכר ולנקבה.

חתימה

תאריך: _____

שם ההורה: _____

מס' ת.ז. של ההורה: _____

כתובת: _____