

## **טופס אישור הורה לחיסון נגד קורונה לגילאי 16-18 בבית ספר או בקופה ללא נוכחות הורה**

חיסון תלמידים בגילאי 16-18 כנגד נגיף הקורונה - מתחיל. חלק מהחיסונים יבוצעו במסגרות חינוכיות, ותהיה אפשרות גם להתחסן בקופות החולים ובמרכזי החיסון.

לחיסון התלמידים נדרשת הסכמת הורה (אחד לפחות\*) או אפוטרופוס ממונה. יידוע הורים בדבר החיסון ומועד החיסון יעשה בפרסום באמצעים שונים.

מותר לחסן תלמיד שמלאו לו 16 שנה. מותר לחסן תלמיד שכבר מלאו לו 18 שנה – ולגביו אין צורך באישור הורה ודי בהסכמת התלמיד.

ניתן לקבל הסכמת הורה באחת מכמה דרכים:

1. הורה המגיע עם הנערה/ה לחיסון ומסכים בעל פה לחיסון - יש לתעד ברשומה את נוכחותו.
2. הורה שנוצר עימו קשר טלפוני יזום, ונתן הסכמה בעל-פה - יש לתעד ברשומה את פרטי השיחה.
3. אם יש תקשורת אלקטרונית עם הורים (כגון במייל או ווצאפ), ניתן להשתמש בדרך זו לקבלת אישור - יש לתעד ברשומה את פרטי האישור.
4. באמצעות טופס אישור בנוסח המצורף, או בנוסח דומה.

### **אין לחסן תלמיד/ה המבקש שלא להתחסן, גם אם ניתנה לכך הסכמת הורה**

\* אם הורה מודיע שיש מחלוקת בין הורים בסוגיה זו יש לתת להם לישיב אותה ביניהם, ובינתיים אין לחסן את הנערה/ה

## **אישור הורה לחיסון כנגד נגיף הקורונה covid19 - תלמידי כיתות יא'-יב' (גיל 16-18)**

**מאת:**

**הורה התלמיד/ה:**

**שם פרטי ומשפחה**                      **מס' ת"ז (תלמיד/ה)**                      **המוסד החינוכי**                      **כיתה**

אני מאשר/ת כי לבני/בתי מלאו 16 שנים, וטרם מלאו לו/לה 18 שנים, והוא/היא תלמיד/ה.

אני מאשר/ת לתת לבני/בתי חיסון כנגד נגיף הקורונה, במוסד החינוכי בו היא/הוא לומד/ת.

ידוע לי שבאפשרותי להגיע ביום החיסון לבית הספר. ידוע לי שלא ינתן לבני/בתי חיסון בניגוד לרצונו/ה. ידוע לי שבאפשרותי לפנות עם בני/בתי לקבלת החיסון בקופת החולים בה הוא/היא רשומ/ה, או באחד ממרכזי החיסון האחרים.

ידוע לי שעל בני/בתי למסור לפני קבלת החיסון פרטים אודות מצבו/ה הבריאותי, רגישויות ואלרגיות לתרופות ולמזון.

קראתי ו/או ידוע לי כי יש - מידע על החיסון באתר משרד הבריאות:

<https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home>

ידוע לי כי בני/בתי חייבת/ת להישאר במקום מתן החיסון במשך כ- 15 דקות לאחר מתן החיסון להשגחה, או 30 דקות אם יש לו/לה רגישות או אלרגיה מיוחדים לפי הוראות משרד הבריאות.

ידוע לי שיש לפנות לקבלת טיפול רפואי או להתייעצות עם רופא/ה, אם תופענה תגובות לחיסון לאחר קבלתו, או אם ישתנה, באופן כלשהי, מצבו הגופני של בני/ביתי לאחר קבלת החיסון.

**חתימה**

**מס' ת"ז**

**שם מלא**

**תאריך**