

תלמידים והורים יקרים,

אנו שמחים ונרגשים לקראת בואכם לחטיבת "הנגיד".
מצ"ב מסמכים אותם אתם מתבקשים למלא ולהחזירם במעטפה סגורה
לחטיבת "הנגיד" עד ה- 22.3.2026.

יש לצרף למסמכים:

- א. תעודת כיתה ה'
- ב. תעודת אמצע כיתה ו'.
- ג. תעודת זהות של ההורים.

בברכה ובהצלחה,
מצפים לקראתכן/ם.
מירב עקיבא מנהלת החטיבה
וצוות "הנגיד".

כרטיס תלמיד

מס' ת.ז. (9 ספרות) שם משפחה _____ שם פרטי _____
מין ז / נ (סמן בעיגול) תאריך לידה _____ ארץ לידה _____
שנה _____ חודש _____ יום _____

כתובת מגורים

עיר _____ רחוב _____ מס' _____ כניסה _____ מיקוד _____
מס' הטל' הנייד של התלמיד/ה _____

פרטי הורים

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. הורה 1 _____

טל' נייד _____ כתובת דוא"ל (מייל) _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. הורה 2 _____

טל' נייד _____ כתובת דוא"ל (מייל) _____

סטטוס ההורים

נשוי/נשואה עצמאית גרושה אלמנה

במקרה שההורים אינם מתגוררים יחד, נא לכתוב את כתובת המגורים של כל אחד מכם:

כתובת הורה 1: _____

כתובת הורה 2: _____

מבקשת/לשלוח דואר / מידע הקשור לתלמיד/ה ל- 2 הכתובות - כן לא
גורם משלם: הורה 1 הורה 2

מס' אחים ו/או אחיות מתחת לגיל 18: _____

ביטוח רפואי - סמן X בריבוע המתאים

קופ"ח כללית קופ"ח מכבי קופ"ח לאומית קופ"ח מאוחדת אחר

תלמידים עולים: יש לצרף טופס "בירור פרטים על נוסע" ממשרד הפנים

ארץ עליה _____ תאריך עליה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

לאחר עלייתי ארצה התחלתי את לימודיי בישראל בכיתה _____

תלמידים תושבים חוזרים: יש לצרף טופס "בירור פרטים על נוסע" ממשרד הפנים

גרתי ב _____ במשך _____ שנים. תאריך חזרה ארצה _____ שנה _____ חודש _____ יום _____

לאחר עלייתי ארצה התחלתי את לימודיי בישראל בכיתה _____

אבחונים והתאמות לימודיות

האם אובחנת בעבר ?

אבחון דיסקטי אבחון פסיכו דיסקטי אבחון נוירולוגי

שים לב! אם נערך אבחון – הינך מתבקש להעביר את האבחון לביה"ס בשבוע הראשון של הלימודים ליועצת השכבה.

לידיעתך: היסודי אינו מעביר את האבחונים לחטיבה. עדכון החטיבה הוא באחריות התלמיד ומשפחתו.

האם קיבלת התאמות בדרכי היבחנות ביסודי ?

אם כן - מהן ? (תוספת זמן / הקראת שאלון/ היבחנות בע"פ וכד')

האם יש קשיים בתחום הלימודי ?

קשיים במקצועות רבי מלל

קשיים במתמטיקה

קשיים בלשון

קשיים באנגלית

אחר: _____

אין קשיים בתחום הלימודי

קשיים בתחום קריאה וכתובה

קשיי קשב וריכוז

חרדת בחינות

התמדה ומוטיבציה

חבר/ה בנבחרת ספורט לא כן - בתחום _____

בקשת שיבוץ בכיתה

שם התלמיד/ה _____ בוגר/ת ביה"ס יסודי _____

אבקש לשבץ אותי באותה כיתה יחד עם חבריי / חברותיי:

1. _____
2. _____
3. _____

לתשומת לב:

הנהלת ביה"ס תעשה את מירב המאמצים כדי להיענות לבקשתך, אך אינה מתחייבת לכך.
השיבוץ בכיתות ייקבע על פי שיקולי ביה"ס. בכל מקרה התלמיד/ה ת/ישובץ עם חבר אחד.
בכפוף למגמה הנבחרת.

הצהרה על מצב הבריאות של תלמיד/ה - שנה"ל תשפ"ב

פרטי תלמיד

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות	כיתה	קופ"ח

מס' טלפון נייד של התלמיד/ה: _____

פרטי הורים

מס' ת.ז.	שם משפחה	שם פרטי	מס' טלפון נייד

אני מצהיר/ה כי: (נא לסמן X במקום המתאים)

לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר מטעמו.

יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בבית הספר כדלקמן: (נא להקיף בעיגול את המגבלה הרלוונטית)

- פעילות גופנית
- טיולים
- פעילות אחרת _____

תיאור המגבלה _____

מצ"ב אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה _____

יש לבני/בתי רגישות למזון, תרופות וכד' (כגון: בוטנים, ביצים, חלב, אופטלגין, יוד וכד')

מצ"ב אישור שניתן על ידי _____ לתקופה _____

שם, כתובת, מספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה למזון ו/או תרופות: _____

יש לבני/ בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')

מצ"ב אישור שניתן על ידי _____ לתקופה _____

שם, כתובת, מספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה למזון ו/או תרופות: _____

1. אני מתחייב/ת להודיע למנחה הכיתה או לאחות בית הספר אם אחד מבני המשפחה הגרים עם התלמיד סובל ממצב בריאותי הכרוך בדיכוי המערכת החיסונית (כתוצאה ממחלה או מטיפול כימותרפי למשל) ועשוי להיות מושפע ממתן החיסון לתלמיד.
2. אני מאשר/ת כי במסגרת שירות בריאות לתלמיד יעבור בני/בתי בדיקת רופא, אלא אם אודיע בכתב על התנגדותי לאחות בית הספר.
3. אני מתחייב/ת להודיע למנחה הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי של בני/בתי.
4. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים המופקדים על נושאים הכרוכים בכל הקשור למגבלה של בני/בתי.

חתימת הורה: _____ חתימת הורה: _____ תאריך _____