



עיריית יבנה



קריית החינוך ע"ש גינסבורג

חט"ע | הארון 20 יבנה | טל. 08-9437106 | פקס. 08-9427701

חט"ב | הארון 39 יבנה | טל. 08-9437232 | פקס. 08-9435996

מייל. ginsburg20@gmail.com

קריית החינוך ע"ש  
גינסבורג

תאריך: \_\_\_\_\_

**הצהרת הורים על חזרת תלמיד בתום תקופת מחלה / בידוד**

לכבוד

מחנך/ת הכיתה: \_\_\_\_\_

**פרטי התלמיד**

שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	כיתה

**הצהרת ההורים**

**נא סמן במקום המתאים**

בני/בתי החלים/מה ממחלת הקורונה שאובחנה בתאריך \_\_\_\_\_ וכעת הוא/היא

כשירה/ה לחזור ללימודים החל מהתאריך \_\_\_\_\_.

בני/בתי השלים/מה תקופת בידוד מלאה (14 ימים מתאריך החשיפה), שהה/שהתה בבידוד בין

התאריכים \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_.

בני/בתי השלים/מה תקופת בידוד מקוצרת (מינימום 7 ימים מתאריך החשיפה), שהה/שהתה

בבידוד בין התאריכים \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ ומסיים/ת את הבידוד לאחר

ביצוע שתי בדיקות קורונה עם תצאה שליליות (ע"פ נהלי משרד הבריאות)

בני/בתי השלים/מה תקופת בידוד עצמי בשל חשיפה קרובה לחולה מאומת, שהה/שהתה

בבידוד בין התאריכים \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ ומסיים/ת את הבידוד לאחר

ביצוע בדיקת קורונה שלילית.

**הערות**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

שם ההורה	תאריך	חתימה