



ערכת הרשמה לבית העגול - תשפ"ז

יש למלא את הטופס במלואו ולצרף חתימות שני ההורים בכל המקומות הנדרשים.
(חלקים מהטופס נכתבו בלשון זכר או נקבה אך מתייחסים לשני המינים)

הליך הרישום:

1. השתתפות שני ההורים בערב היכרות (במפגש או בזום) ללא ילדים
2. השתתפות שני ההורים בסיור ושיחה בבית העגול
3. החזרת ערכת הרשמה מלאה.
4. שיחה אישית של חונכ/ת ביה"ס והורים.
5. קבלת תשובה.
6. הסדרת התשלומים לעמותת ביה"ס תוך שבועיים מיום קבלת התשובה.

לטופס יש לצרף את המסמכים הבאים:

1. צילום תעודות זהות של שני ההורים כולל הספח בו רשום הילד/ה וכתובת המגורים.
2. במידה ויש: העתקים של אבחונים וחוות דעת.

* טפסים שיוחזרו ללא כל המסמכים והמידע הנדרש יעכבו את הליך ההרשמה.

* על כל הטפסים להיות מלאים וחתומים ע"י שני ההורים.

* אנא עדכנו את המורה/הגננת כי צוות הבית העגול ייצור עימם קשר.

פרטי הילד/ה:

שם פרטי	שם משפחה	בן/בת	עולה לכיתה
ת.ז.	תאריך לידה	ארץ לידה	תאריך עליה
כתובת מלאה	מיקוד		
גן/בי"ס קודם			
שם הגנן/ת / מורה	טלפון של הגנן/ת / מורה		



הבית העגול

פרטי ההורים:

הורה 2	הורה 1	
		שם משפחה
		שם פרטי
		ת.ז.
		תאריך השתתפות במפגש הכרות
		תאריך השתתפות בסיור בבית העגול
		מצב משפחתי: נשוי/פרוד/גרוש/אחר - פרט
		טלפון בבית
		כתובת (אם שונה מכתובת הילד/ה)
		תחום עיסוק / מומחיות / תחביבים
		מקום עבודה
		טלפון נייד
		טלפון חירום
		e-mail

אחים / אחיות:

שם	בן / בת	תאריך לידה	באיזו מסגרת לומד/ת?



שאלון להורים

(הטופס נכתב בלשון נקבה אך מתייחס לשני המינים)

לאור כל הידוע לכן על הבית העגול, אנא התייחסו לשאלות הבאות:

1. עזרו לנו להכיר אתכם, ספרו בקצרה על המשפחה

2. מהן התכונות המאפיינות את ילדתכן ותחומי העניין שלה?

3. ספרו על המסגרות החינוכיות הקודמות של ילדתכן. לילדות מכיתה ג' והלאה אנא ספרו על כל המסגרות בשלושת השנים האחרונות. (אם הייתה ביותר ממסגרת אחת אנא הוסיפו פרטי התקשרות לכל המסגרות).

4. סכמו את ההתרשמות על השתלבותה במסגרת החינוכית הקודמת מבחינה חברתית ולימודית:

5. מה הדבר העיקרי הגורם לכן לרשום את ילדתכן לבית העגול?



6. מה לדעתכן מתאים באופי המסגרת לילדתכן?

7. מה לדעתכן עלול להקשות באופי המסגרת על ילדתכן?

8. האם ילדתכן מודעת לכך שרשמית אותה לבית העגול? האם היא מעוניינת בכך או מתנגדת? מדוע?

9. מהן הציפיות של המשפחה מהבית העגול?

10. מהם הדברים מהם אתן חוששות בבית העגול?

אנו מודים לכן על התשובות, ומקווים לשיתוף פעולה מבורך.

האם שני ההורים מסכימים על התשובות לשאלות? _____



שאלון לילד/ה (מעל גיל 9)

11. מדוע את/ה מעוניין/ת להצטרף לבית העגול?

12. מהם תחומי הפעילות והעניין שלך?

13. מה אהבת ומה לא אהבת במסגרות שבהן היית עד כה (גן / בית ספר)?

אהבתי

לא אהבתי

14. מה היית רוצה שיהיה בבית העגול?

שם



הבית העגול

האם ילדכם נעזר עד היום או עבר אבחון בנושאים הבאים:

יעוץ פסיכולוגי	כן / לא
הוראה מתקנת	כן / לא
קלינאי תקשורת	כן / לא
ריפוי בעיסוק	כן / לא
האם ילדכם עבר ועדת זכאות או שילוב	כן / לא
האם ילדכם נוטל תרופות באופן קבוע	כן / לא
האם ילדכם עבר אבחונים כלשהם	כן / לא
האם לילדכם בעיות התנהגות במסגרת הנוכחית	כן / לא
האם לילדכם בעיות חברתיות במסגרת הנוכחית	כן / לא

אם סימנתן "כן" באחד הסעיפים, אנא פרטו:

האם ילדכם זקוק כיום לעזרה מיוחדת? אנא פרטו איזו:

טלפונים חיוניים לקבלת חוות דעת מבעלי מקצוע מהתחום הטיפולי (מאבחן, פסיכולוג, הוראה מתקנת וכו'):

- שם _____ תפקיד: _____ טלפון: _____
- שם _____ תפקיד: _____ טלפון: _____
- שם _____ תפקיד: _____ טלפון: _____



הצהרת אימות

1. ידוע לנו כי ילדנו עשוי להתקבל לבית הספר הבית העגול על בסיס ההצהרות שהוצהרו על ידנו. אם יתברר כי חלקן או כולן של ההצהרות אינן נכונות, בית הספר יראה עצמו חופשי לבטל את ההרשמה, גם לאחר תחילת שנת הלימודים.
2. ידוע לנו כי ילדנו עלול שלא להתקבל ללימודים בבית הספר הבית העגול ובאחריותנו לדאוג לרישומה לבית ספר אחר.
3. ידוע לנו כי עלינו להמציא את כל המסמכים הנדרשים מאתנו, בלעדיהם לא נוכל להתקדם בתהליך ההרשמה לביה"ס הבית העגול.

אנו החתומים מטה, מצהירים כי כל הפרטים שמלאנו בשאלון זה מלאים ומדויקים. כמו כן, אנו מאשרים שמובהר לנו כי מילוי השאלון ותשלום דמי ההרשמה אינם מחייבים את ביה"ס הבית העגול לקבל את ילדנו.

חתימת הורה 2

חתימת הורה 1

תאריך



הבית העגול

תאריך: _____

הצהרה על ויתור סודיות

אנו החתומים מטה -

הורה 1 _____ והורה 2 _____ מצהירים בזאת כי אנו מוותרים על שמירת הסודיות בנוגע לתוצאות המבחנים הפסיכולוגיים ו/או כל חומר אבחוני אחר ומתחייבים בזאת להעביר כל מידע שנמצא ברשותנו או ברשות השירות הפסיכולוגי-חינוכי ו/או במוסד החינוכי ממנו הגיע/ה הילד/ה (ממצאי בדיקות, חוות דעת, אבחונים, המלצות) על בננו/בתנו _____ לצוות בית ספר הבית העגול.

אנו מסכימים בזאת שצוות בי"ס הבית העגול יוכל לקבל את תוצאות המבחנים הנ"ל, ולא תהיינה לנו שום טענות ו/או תביעות כלשהן לכל פסיכולוג/ית בשירות הפסיכולוגי-חינוכי ואו במוסד החינוכי ממנו הגיע/ה הילד/ה, בגין מסירת העובדות והתוצאות הנ"ל, או מסירת כל חומר פסיכולוגי אחר.

ידוע לנו כי מסירת מלוא המידע המבוקש חשובה לצורך הליך קבלת הילדים לבית הספר.

ולראייה באנו על החתום:

שם הורה 1: _____	תעודת זהות: _____
כתובת: _____	חתימה: _____
שם הורה 2: _____	תעודת זהות: _____
כתובת: _____	חתימה: _____



הבית העגול

תאריך: _____

מתן מענה בביה"ס לילדים בעלי לקויות למידה וצרכים מיוחדים

אנו מצהירים בזאת כי אנו מודעים לכך שלעת עתה אין בביה"ס הבית העגול אמצעים ותנאים מיוחדים למתן מענה לילדים בעלי לקויות למידה או לילדים בעלי צרכים מיוחדים, לרבות שעורים פרטניים או עזרה מיוחדת במסגרת השיעורים הרגילים.

כל סיוע שיינתן יהיה אך ורק במימון ההורים, ובית הספר אינו מתחייב לממן או לאפשר יצירת תנאים כלשהם למתן סיוע כאמור.

שם הורה 1: _____ חתימה: _____

שם הורה 2: _____ חתימה: _____



טופס הסכמת הורים

אנו הח"מ, _____, _____ ו _____, הוריו/ה של הילד/ה,
 שם הורה 1 שם הורה 2
 _____, _____, _____
 שם פרטי שם משפחה ת.ז של הילד/ה
 _____ (להלן "הילד/ה"),

מצהירים בזאת כי:

1. הובהרו לי/לנו עקרונות החינוך עליהם מושתת בית הספר, וכי הם מובנים ומקובלים עלינו.
2. ידוע לי/לנו כי צוות ביה"ס מחויב לעשות כל שביכולתו על מנת לאפשר לכל ילד הוויה ולימוד באווירה של חופש וכבוד, ללא תלות בגילו, מינו, הלאום שלו או דתו.
3. ידוע לי/לנו כי הלמידה בביה"ס מושתתת על הקצב וההתפתחות האישית של כל ילד, ללא הגבלת גיל או כיתת לימוד וללא השוואה לילדים אחרים. תפיסת הלמידה בביה"ס גורסת כי זו מתרחשת בכל רגע ורגע. כל פעילות שהילד עשוי לבחור מתוך המגוון המוצע, כמוה כשיעור לכל דבר ועניין.
4. ברור לי/לנו כי כפיית תחומי לימוד, כמו גם הפעלת לחץ להאצת התקדמותו של הילד באופן המנוגד ליכולתו ו/או בחירתו, נוגדות את ערכי ביה"ס, עלולות לבלבל את הילד ואף לחבל בלמידתו.
5. ידוע לי/לנו כי תכנית הלימודים המוצעת לבחירה נמצאת בחלקה בהלימה לזו של משרד החינוך, וככזו מאפשרת לבית הספר לתת ביטוי לייחודיותו בתכני הלימוד, באופני הלימוד ובדרכי ההוראה וההערכה.
6. מובהר לי/לנו כי הערכת הילד בביה"ס תהיה ביחס לעצמו בלבד. ביה"ס לא יעניק ציונים ולא יקיים מבחנים, אלא לבקשת הילד ובמקרים מסוימים בלבד.
7. ידוע לי/לנו כי בית הספר מופעל על-ידי עמותת 'הבית העגול חינוך בדרך הטבע' אשר מממנת את פעילותו של בית הספר, לרבות שכירת מבנה לבית הספר, השקעה באביזרים וציוד, וכן, תשלומי שכר לעובדי בית הספר.
8. ידוע לי/לנו שמימון פעילותו של בית הספר כרוך בגבייה של כספים מהורי הילדים כפי שיקבע על-ידי ועד העמותה. אנו מוותרים בזאת על כל טענה ו/או תלונה בעניין זה.



9. ידוע לי/לנו שבכל הנוגע לילדים עם צרכים מיוחדים, תתקבל החלטה בהתאם ליכולת והמשאבים של הצוות.
10. ידוע לי/לנו שבמידה והילד יזדקק לטיפולים שונים במסגרת פעילותו בבית הספר, כגון ייעוץ או טיפול מכל סוג שהוא, הרי שהטיפולים ו/או הסיוע כאמור ימומנו על ידי ההורים, בלבד. ידוע לנו כי אין בהעמדת צוות מקצועי כאמור כדי להוות התחייבות מכל סוג שהוא של בית הספר ו/או העמותה כי הטיפול או הסיוע האמור ישיג את התוצאות המקוות.
11. מובהר לי/לנו כי באחריותי לקיים קשר תקין עם ביה"ס בכל הקשור לילדי, במפגשים שנקבעו או שידרשו ושניתנת לי האפשרות להיפגש עם כל חבר בצוות ביה"ס, תוך תיאום מראש.
12. מובהר לי/לנו כי מעורבותי כהורה בביה"ס רצויה וחשובה ביותר, ובלבד שתעשה בהתאם לרוח המקום, ובתיאום עם הנהלת ביה"ס.
13. מובהר לי/לנו כי ביה"ס והעמותה מסתמכים על הסכמתי הנ"ל, פועלים על פיה ומתייחסים למסמך זה כאל חוזה מחייב.

ולראיה באנו על החתום:

שם הורה 1: _____	חתימה: _____
שם הורה 2: _____	חתימה: _____
תאריך: _____	



אישור לצילום ילדיכם

בכל שנה יתקיימו פרסומים בעיתונות ובאמצעי התקשורת השונים, העוסקים בפעילות ביה"ס. ייתכן ויופיעו תמונות מביה"ס שבהן מופיעים ילדכם. אנו מבקשים את אישורכם לפרסום צילומי ילדכם, ולכך נדרשות חתימות שני ההורים.

אנו הורי הילד/ה _____ שם משפחה _____

☐ מאשרים שצילומי ילדינו יפורסמו **או**

☐ מתנגדים שצילומי ילדינו יפורסמו

שם הורה 1: _____ חתימה: _____

שם הורה 2: _____ חתימה: _____

תאריך: _____

אישור יציאה מבית הספר לכל פעילות לימודית במהלך יום הלימודים

אני מאשר/ת לבני/בתי התלמיד/ה _____ ת.ז. _____ לצאת משטח הבית העגול לפעילות חוץ בית ספרית במהלך יום הלימודים, בליווי איש/ת צוות.

אנא סמנו את התשובות הרלוונטיות :

- ☐ אין לבני/בתי בעיות רפואיות המונעות ממנו/ה לצאת לפעילות
- ☐ בני /בתי סובל/ת מבעיה רפואית _____
- ☐ נוטל/ת תרופות קבועות _____
- ☐ סובל/ת מאלרגיה ל- _____
- ☐ מידע נוסף _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____

טלפון: _____

תאריך: _____



מדינת ישראל
משרד הבריאות

חלק ב' - שירותי בריאות התלמיד הניתנים על ידי משרד הבריאות, מתוקף חוק ביטוח בריאות ממלכתי

- השירות ניתן בהתאם למחוזות משרד הבריאות - [קישור לתכנית החיסונים לתלמידי בית ספר](#)
משרד הבריאות. לסריקה - 
- בכל שנה הנכם חותמים על פי השירותים הניתנים לפי שכבת הגיל בו ילדכם לומד:

כיתה	בדיקות סינון	חיסונים
א	- הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה) - בדיקת ראייה - בדיקת שמיעה - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (MMRV): נגד חזרת, חצבת, אדמת ואבעבועות רוח - במחוזות (משרד הבריאות) דרום וצפון יכול להינתן גם חיסון משולב (Tdap+ Ipv) : נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו - בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ב	- השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה א') - השלמת בדיקת שמיעה (אם לא בוצעה בכיתה א') - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (Tdap+ Ipv): נגד אסכרה, פלצת, שעלת ופוליו - חיסון נגד שפעת
ג	בדיקת שיניים	חיסון נגד שפעת
ד	בדיקת שיניים	חיסון נגד שפעת
ה	בדיקת שיניים	בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ו	בדיקת שיניים	בחינוך המיוחד: חיסון נגד שפעת
ז	- הערכת גדילה (מדידת משקל גוף וגובה) - בדיקת שיניים	במחוזות (משרד הבריאות) דרום, מרכז, חיפה, תל אביב, אשקלון וצפון (ללא נפת צפת) תינתן מנה ראשונה של חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV)
ח	- בדיקת ראייה - בדיקת שיניים	- חיסון משולב (Tdap): נגד אסכרה, פלצת, שעלת - חיסון נגד זיהומים הנגרמים על ידי נגיף הפפילומה (HPV) בשתי מנות
ט	- השלמת בדיקת ראייה (אם לא בוצעה בכיתה ח') - בדיקת שיניים	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
י	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
יא	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו
יב	לא מתוכננות בדיקות סקר בשכבה זו	לא מתוכננים חיסונים בשכבה זו

השלמת חיסונים תבוצענה בכל שנה בהתאם לצורך, השלמת בדיקת סינון (ראיה ושמיעה) תבוצענה בשנה העוקבת לתלמיד שלא נבדק.

בחינוך המיוחד ניתנים החיסונים לפי גיל התלמיד

* החיסון במחוזות דרום וצפון (משרד הבריאות) יכול להינתן גם לתלמידי כיתה א'

** חיסון הפפילומה במחוזות דרום, מרכז, חיפה, תל אביב, אשקלון וצפון (ללא נפת צפת), תינתן המנה הראשונה בכיתה ז'

*** חיסון נגד שפעת - בחינוך המיוחד, החיסון ניתן לתלמידי כיתות א' - ו'

7. אני מאשר/ת במסגרת שירותי בריאות התלמיד, יקבל/תקבל בני/ביתי חיסון לפי תכנית החיסונים הנקבעת על ידי משרד הבריאות. כן / לא

אם אין הסכמה לחלק מהחיסונים יש לפרט:



פירוט:

□ □

●

■ ■ ■

הוצאה על ידי _____ ת"ז _____
תאריך _____ חתימה _____