

**אישור הורה לחיסון כנגד נגיף הקורונה Covid 19 – גילאי 12 ומעלה****פרטי הילד/ה המתחסנת:**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	שנת לידה	קופת חולים
1. אני מאשר/ת כי לבני/בתי מלאו 12 שנים, וטרם מלאו לו/לה 18 שנים.	2. אני מאשר/ת לתת לבני/בתי חיסון כנגד נגיף הקורונה.	3. ידוע לי שלא ינתן לבני/בתי חיסון בניגוד לרצונו/ה.	4. ידוע לי שעל בני/בתי למסור לפני קבלת החיסון פרטים אודות מצבו/ה הבריאותי, רגישויות ואלרגיות לתרופות ולמזון.	5. לבני/בתי הייתה בעבר תגובה אלרגית חריגה למתן חיסון: <b>כן / לא</b> (הקף בעיגול). אם כן, נא לפרט: _____.
6. בני/בתי חלו בעבר בקורונה: <b>כן / לא</b> (הקף בעיגול). אם כן, נא לפרט ולציין את מועד ההחלמה: _____.	7. קראתי ו/או ידוע לי כי יש - מידע על החיסון באתר משרד הבריאות: <a href="https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home">https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home</a>	8. 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.	9. 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/בתי לאחר קבלת החיסון.	

**פרטי ההורה:**

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות	טלפון נייד	תאריך	חתימה
---------	----------	-----------	------------	-------	-------

\*יש לצרף לאישור זה צילום ת"ז של ההורה וספח ת"ז בו מופיעים פרטי הבן/בת.