

דו"ח משלים

בהמשך לדו"ח מיום _____

מס' טבוע _____ שם הנפגע: _____

(ימולא וישלח מיד לאחר שוב התלמיד ללימודים ו/או קבלת מסמכים רפואיים) תאריך התאונה: ____/____/____

סמל המוסד _____ שם המוסד: _____ הישוב: _____

נפגע/ה נעדר/ה מלימודים מיום: _____ ועד יום _____ שה"כ _____ ימים מתוך זה מאושפז/ת בב"ח _____ ימים. מצ"ב מסמכים רפואיים הקשורים לתאונה.

חתימת המנהל/ת - גננת _____ תאריך: _____

דיווח ראשוני על תאונה

**מדינת ישראל
משרד החינוך**

הוראת ל מילוי הדו"ח

- הדו"ח ישלח תוך 7 ימים מיום התאונה וימולא על כל פרטי
- משך העדרות או מסמכים רפואיים ישלחו בנפרד
- הטופס ימולא בכתב יד ברור וקריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד.
- תפוצה כמצוין בהנחיות המצורפת

לגבי תלמיד/חניך שנפגע במסגרת בית ספרית בשטח המוסד החינוכי או מחוצה לו. אין כאמור בדיווח זה כדי להציג תמונה מלאה של כל נתוני האירוע.

מס' טבוע _____

תאריך התאונה ____/____/____

שעת התאונה ____ : ____

במסגרת פעילות בית ספרית כן לא

שבת	א	ב	ג	ד	ה	ו
-----	---	---	---	---	---	---

פרטי המוסד החינוכי שבו לומד התלמיד

סמל המוסד _____ שם המוסד _____

שם המנהל/ת-גננת _____ בעלי המבנה _____

מעסיק המנהל/ת-גננת _____ מוסד רשמי/אחר _____

מעסיק מורים/סייעות _____ דוא"ל _____

ישוב: _____ רחוב: _____ מספר: _____

מיקוד: _____ טלפון: _____ פקס: _____

פרטי הנפגע

מספר זהות (כולל ספרת ביקורת) _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

שם האב: _____ שם האם: _____

מין הנפגע: ז' נ' תאריך לידה: ____/____/____

ישוב: _____ רחוב: _____ מספר: _____

מיקוד: _____ טלפון בבית: _____ כיתה: _____

נסיונות התאונה	סוג פעילות	חלק גוף נפגע	מקום התאונה	סוג המוסד
<input type="checkbox"/> נפילה	<input type="checkbox"/> הפסקה	<input type="checkbox"/> ראש	<input type="checkbox"/> מתקני משחק	<input type="checkbox"/> גן
<input type="checkbox"/> התחשמלות	<input type="checkbox"/> חינוך גופני	<input type="checkbox"/> עיניים	<input type="checkbox"/> מקלט	<input type="checkbox"/> יסודי
<input type="checkbox"/> כויה	<input type="checkbox"/> טיול	<input type="checkbox"/> פנים	<input type="checkbox"/> מחוץ לשטח ב"ס	<input type="checkbox"/> חט"ב
<input type="checkbox"/> הרעלת חומ"ס	<input type="checkbox"/> שיעור	<input type="checkbox"/> שיניים	פירוט: _____	<input type="checkbox"/> תיכון עיוני
<input type="checkbox"/> בליעת עצם זר	<input type="checkbox"/> שיעור מקצועי	<input type="checkbox"/> גפיים עליונות	אחר: _____	<input type="checkbox"/> תיכון מקצועי
<input type="checkbox"/> פגיעה מרכב	<input type="checkbox"/> אחר:	<input type="checkbox"/> גפיים תחתונות		<input type="checkbox"/> בי"ס חקלאי
<input type="checkbox"/> פגיעה מדלת		<input type="checkbox"/> אצבעות		<input type="checkbox"/> מנימיה
<input type="checkbox"/> החלקה		<input type="checkbox"/> חזה		<input type="checkbox"/> מוסדות תורניים
<input type="checkbox"/> דקירה		<input type="checkbox"/> גב		<input type="checkbox"/> אחר:
<input type="checkbox"/> טביעה		<input type="checkbox"/> גוף		
<input type="checkbox"/> עקיצה/נשיכה		<input type="checkbox"/> צוואר		
<input type="checkbox"/> אחר		<input type="checkbox"/> אבר מין		
		<input type="checkbox"/> בטן		
			<input type="checkbox"/> מגרש ספורט	

תיאור התאונה (סמן -ימולא ע"י מנהל/ת המוסד מפי התלמיד/הורה/אחר. יש לציין עובדות בלבד)

דיווח למנהל/ת-גננת על ידי שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תפקיד: _____ כתובת: _____ טלפון: _____

עדים לתאונה			
השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/נייד
1			
2			
3			
מחנך/ת מורה שנכח במקום התאונה			
השם המלא	התפקיד	המען	טלפון/נייד
1			
2			
טיפול רפואי בנפגע במוסד החינוכי			
שם המטפל	תפקיד	עזרה ראשונה	הזמן אמבולנס
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
		כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
מסירת הודעה למשפחה			
תאריך	שעה	שם מקבל ההודעה	שם מוסר ההודעה