

- יש לרשום את שם הנפגע, תאריך התאונה ותאריך הדיווח
- להשלים את שאר הפרטים עם גמר הטיפול וקבלת המסמכים
- לשלוח הספח בהתאם לניתוב

מס' טבוע  שם הנפגע: \_\_\_\_\_  
 (ימולא וישלח מיד לאחר שוב התלמיד ללימודים ו/או קבלת מסמכים רפואיים) תאריך התאונה: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 סמל המוסד  שם המוסד: \_\_\_\_\_ הישוב: \_\_\_\_\_ בהמשך לדוח מיום \_\_\_\_\_  
 נפגע/ת נעדר/ה מלימודים מיום: \_\_\_\_\_ ועד יום \_\_\_\_\_ סה"כ \_\_\_\_\_ ימים מתוך זה מאושפז/ת בבי"ח \_\_\_\_\_ ימים. מצ"ב מסמכים רפואיים הקשורים לתאונה.  
 חתימת המנהל/ת - גננת \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**דיווח ראשוני על תאונה**

**מדינת ישראל**  
**משרד החינוך התרבות והספורט**

- הוראות למילוי הדו"ח
- הדו"ח ישלח תוך 7 ימים מיום התאונה וימולא על כל פרטיו
  - משך היעדרות או מסמכים רפואיים ישלחו בנפרד
  - הטופס ימולא בכתב יד ברור וקריא
  - תפוצה כמצוין בתחתית הטופס

מס' טבוע  לגבי תלמיד/חניך שנפגע בשטח המוסד החינוכי או בפעילותו בלבד אין כאמור בדיווח זה כדי להציג תמונה מלאה של כל נתוני האירוע.

תאריך התאונה \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ שעת התאונה \_\_\_\_ : \_\_\_\_

א	ב	ג	ד	ה	ו	שבת

במסגרת שעות הלימוד  כן  לא

**פרטי הנפגע**

**פרטי המוסד החינוכי שבו לומד התלמיד**

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: \_\_\_\_\_

סמל המוסד  שם המוסד \_\_\_\_\_  
 שם המנהל/ת-גננת \_\_\_\_\_ בעלי המבנה \_\_\_\_\_  
 מעסיק המנהל/ת-גננת \_\_\_\_\_  
 מעסיק מורים/סייעות \_\_\_\_\_  
 ישוב: \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מספר: \_\_\_\_\_  
 מיקוד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

**מידת הפגיעה**  
(עפ"י התרשמות המנהל)

<input type="checkbox"/>	פציעה קלה
<input type="checkbox"/>	פציעה בינונית
<input type="checkbox"/>	פציעה קשה
<input type="checkbox"/>	מוות
<input type="checkbox"/>	אחר:

**נסיבות התאונה**

<input type="checkbox"/>	נפילה
<input type="checkbox"/>	הצבתות
<input type="checkbox"/>	התחשמלות
<input type="checkbox"/>	כוויה
<input type="checkbox"/>	הרעלת חומ"ס
<input type="checkbox"/>	בליעת עצם זר
<input type="checkbox"/>	פגיעה מרכב
<input type="checkbox"/>	פגיעה עצמית
<input type="checkbox"/>	פגיעה באחר

**סוג פעילות**

<input type="checkbox"/>	הפסקה
<input type="checkbox"/>	חינוך גופני
<input type="checkbox"/>	טיול
<input type="checkbox"/>	מלאכה
<input type="checkbox"/>	מדעים
<input type="checkbox"/>	לימוד עיוני
<input type="checkbox"/>	שיעור חקלאות
<input type="checkbox"/>	פעילות בסדנא
<input type="checkbox"/>	פעילות מלאכה
<input type="checkbox"/>	שיעור חופשי
<input type="checkbox"/>	אחר:

**חלק גוף נפגע**

<input type="checkbox"/>	ראש
<input type="checkbox"/>	עיניים
<input type="checkbox"/>	פנים
<input type="checkbox"/>	שיניים
<input type="checkbox"/>	גפיים עליונות
<input type="checkbox"/>	גפיים תחתונות
<input type="checkbox"/>	אצבעות
<input type="checkbox"/>	חזה
<input type="checkbox"/>	גב
<input type="checkbox"/>	גוף
<input type="checkbox"/>	צוואר
<input type="checkbox"/>	אחר:

**מקום התאונה**

<input type="checkbox"/>	כיתה
<input type="checkbox"/>	אולם התעמלות
<input type="checkbox"/>	חדר מלאכה
<input type="checkbox"/>	סדנא
<input type="checkbox"/>	מעבדה
<input type="checkbox"/>	מסדרון
<input type="checkbox"/>	שירותים
<input type="checkbox"/>	מדרגות
<input type="checkbox"/>	חצר
<input type="checkbox"/>	מגרש ספורט
<input type="checkbox"/>	מתקני משחק
<input type="checkbox"/>	אחר:

**סוג המוסד**

<input type="checkbox"/>	גן
<input type="checkbox"/>	יסודי
<input type="checkbox"/>	חט"ב
<input type="checkbox"/>	תיכון עיוני
<input type="checkbox"/>	תיכון מקצועי
<input type="checkbox"/>	בי"ס חקלאי
<input type="checkbox"/>	פנימייה
<input type="checkbox"/>	ישיבה
<input type="checkbox"/>	מוכר שאינו רשמי
<input type="checkbox"/>	אחר:

**תיאור התאונה** (סמן - מפי התלמיד/הורה/אחר. יש לציין עובדות בלבד)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

דווח למנהל/ת-גננת על ידי שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

**עדים לתאונה**

השם המלא	התפקיד	המען	טלפון

**מחנך/ת מורה שנכח במקום התאונה**

השם המלא	התפקיד	המען	טלפון

**טיפול רפואי בנפגע במוסד החינוכי**

שם המטפל	תפקיד	עזרה ראשונה		חומן אמבולנס		הועבר לטיפול נוסף אל:	אשפז במידה וידוע	לווה על ידי	תפקיד	שעה
		כן	לא	כן	לא					

**מסירת הודעה למשפחה**

תאריך	שעה	שם מקבל ההודעה	הקשר לנפגע	שם מוסר ההודעה	תפקיד