

דוח על תאונה

הנחיות למנהל/ת/גננת

(מוסדות חינוך שיש להם גישה למנב"ס ידווחו באמצעות המנב"סנט בלבד)

כיסוי חבות (צד ג')

הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל", חברה לביטוח בע"מ, מכסה את חבותו החוקית של משרד החינוך ועובדיו בלבד, בגין תביעות המוגשות על ידי תלמידי מוסדות החינוך ועל ידי צדדים שלישיים אחרים במקרים מיוחדים. באירועים שנגרם בהם נזק לתלמיד בשל הפרת חובה חוקית של משרד החינוך ועובדיו בלבד אפשר לפנות לחברת "ענבל" בדרישה לפיצוי בגין הנזק הנטען, לכתובת המצוינת ברשימת התפוצה.

חובת הדיווח

על מנהל/ת/גננת המוסד החינוכי חלה החובה למלא דוח על כל תאונה אשר אירעה לתלמיד במהלך פעילות רשמית של המוסד החינוכי, כולל במקרה שאירע מחוץ לכותלי המוסד, כגון סיור לימודי, טיול, יום ספורט, פעולות של"ח, או בפעילות לימודית במוסד אחר **שבעקבותיו נדרש טיפול רפואי**.

- בכל אחד מהמקרים שלהלן יש לדווח מיידית לאחראי על הבטיחות במחוז או למנהל המחוז, קודם למילוי הדו"ח:
- אם אירע מקרה מוות, חלילה.
 - אם הפציעה אנושה, או אם נגרם נזק גופני חמור, כגון קטיעת איבר.
 - אם הגורם לתאונה הוא מפגע בטיחותי מסוכן.
 - אם יותר מתלמיד אחד נפגע בו-זמנית מאותה הסיבה.

הנחיות למילוי הדוח

יש למלא את הדוח המצורף ולהפיקו עפ"י רשימת התפוצה המפורטת מטה. על המעטפה יש לציין "דוח תאונה".

- הדו"ח ימולא בכל הסעיפים בכתב יד קריא ע"י מנהל המוסד החינוכי בלבד מפי התלמיד/הורה/מורה/אחר.
- דיווח ראשוני על התאונה יישלח תוך שבעה ימים מיום התאונה. פרק זמן זה ניתן כדי לאסוף את מרב הפרטים והידיעות על מצבו הראשוני של הנפגע ועל נסיבות המקרה.
- דוח משלים (הספח העליון): היה ונעדר התלמיד מחמת התאונה, ימולא וישלח ל"ענבל" מיד עם שוב התלמיד ללימודים ו/או עם קבלת המסמכים הרפואיים.
- אי מילוי הדוח כנדרש לא ייחשב כדיווח על התאונה ויחזר למוסד החינוכי להשלמה.
- אין למסור העתק או צילום של הדוח לכל גורם, למעט המכותבים בתפוצה, אלא אם כן ניתן לכך היתר מהיועץ המשפטי של המשרד, או שיש בידי המבקשים אישור שהם מייצגים את חב' הביטוח "ענבל".

תפוצה

- מקור – הקרן הפנימית לביטוחי ממשלה בהנהלת "ענבל" חברה לביטוח בע"מ, רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה, ת"ד 282, נתב"ג 70100
- העתק – למפקח/ת על ביה"ס/הגן
- העתק – למנהל/ת המחלקה לחינוך ברשות המקומית/לבעלים של המוסד החינוכי
- העתק – למנהל המחלקה לביטוח במשרד החינוך, רח' שבטי ישראל 34, ירושלים 91911
- העתק – בתיק תאונות במוסד החינוכי.

מידע נוסף בנושאי הביטוח השונים אפשר למצוא באתר המחלקה לביטוח, בכתובת www.edu.gov.il/bituah

זכרו!

תאונות אינן קורות, הן נגרמות; קיימו את כללי הבטיחות ומנעתם תאונה!

שם הנפגע: _____ ת"ז _____

(ימולא ויישלח מיד לאחר שוב התלמיד ללימודים וקבלת מסמכים רפואיים) _____

תאריך התאונה: ____/____/____

- יש לרשום את שם הנפגע, את תאריך התאונה ואת תאריך הדיווח.
- יש להשלים את שאר הפרטים עם גמר הטיפול וקבלת המסמכים.
- יש לשלוח לחברת ענבל בכתובת רח' ערבה 3, קרית שדה התעופה, ת"ד 282, נתב"ג 70100.

סמל המוסד: [] [] [] [] [] []

שם המוסד: _____

היישוב: _____

נפגע/ה 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 – הגננת: _____ תאריך: _____

**מדינת ישראל
משרד החינוך**

דיווח ראשוני על תאונה

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.

במסגרת פעילות בית ספרית כן לא

תאריך התאונה ____/____/____ שעת התאונה ____ : ____

תאריך הדיווח ____/____/____ אם הדיווח הוא לאחר 7 ימים יש לציין סיבה _____

פרטי הנפגע

פרטי המוסד החינוכי שבו לומד התלמיד

מספר הזהות (כולל ספרת ביקורת) [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

שם המשפחה _____ השם הפרטי _____

שם האב: _____ שם האם: _____

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

היישוב: _____ הרחוב: _____ המספר: _____

המיקוד: _____ מספר הטלפון בבית: _____ הכיתה: _____

סמל המוסד [] [] [] [] [] [] שם המוסד _____

שם המנהל/ת-גננת _____

המעמד המשפטי: רשמי/מוכר/פטור _____

הדוא"ל _____

היישוב _____ הרחוב _____ המספר _____

המיקוד _____ מס' הטלפון _____ מס' הפקס _____

נסיבות התאונה
<input type="checkbox"/> נפילה
<input type="checkbox"/> התחשמלות
<input type="checkbox"/> כויה
<input type="checkbox"/> הרעלת חומ"ס
<input type="checkbox"/> בליעת עצם זר
<input type="checkbox"/> פגיעה מרכב
<input type="checkbox"/> פגיעה מדלת
<input type="checkbox"/> החלקה
<input type="checkbox"/> דקירה
<input type="checkbox"/> טביעה
<input type="checkbox"/> עקיצה/נשיכה
<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____

סוג הפעילות
<input type="checkbox"/> הפסקה
<input type="checkbox"/> חינוך גופני
<input type="checkbox"/> טיול
<input type="checkbox"/> שיעור
<input type="checkbox"/> שיעור מקצועי
<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____

חלק הגוף הנפגע
<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"/> אבר מין
<input type="checkbox"/> בטן

מקום התאונה	
<input type="checkbox"/> כיתה	<input type="checkbox"/> מתקני משחק
<input type="checkbox"/> אולם התעמלות	<input type="checkbox"/> מקלט
<input type="checkbox"/> חדר מלאכה	<input type="checkbox"/> מחוץ לשטח בי"ס
<input type="checkbox"/> סדנה	<input type="checkbox"/> פירוט: _____
<input type="checkbox"/> מעבדה	<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____
<input type="checkbox"/> מסדרון	
<input type="checkbox"/> שירותים	
<input type="checkbox"/> מדרגות	
<input type="checkbox"/> חצר	
<input type="checkbox"/> מגרש ספורט	

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"/> מוסדות תורניים
<input type="checkbox"/> אחר, פרט: _____

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

דיווח למנהל/ת/גננת על ידי: שם המשפחה: _____ השם הפרטי: _____ התפקיד: _____ הכתוב: _____ מס' הטלפון: _____

העדים לתאונה (אם היו יש למלא את פרטיהם)

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	התפקיד	בוצע פינוי באמצעות	הוזמן אמבולנס	אשפוז אם ידוע	לווה על ידי	התפקיד	השעה
		כן / לא	כן / לא	כן / לא			

מסירת הודעה למשפחה כן/לא אם לא צוין, יש לציין סיבה

התאריך	השעה	שם מקבל ההודעה	הקשר לנפגע	שם מוסר ההודעה	התפקיד

הסיבה לאי מסירת ההודעה: _____

חתימת המנהל/ת/גננת בלבד _____ תאריך _____