*טופס הסכמה לסקר הילדים הבריאים של קליפורניה*

*שנת הלימודים*

*בית ספר יסודי*

הורה או אפוטרופוס יקר/ה:

ילדך התבקש להשתתף בסקר הילדים הבריאים של קליפורניה (California Healthy Kids Survey או CHKS), בחסות מחלקת החינוך של מדינת קליפורניה. זהו סקר חשוב ביותר שיסייע בקידום בריאות ורווחה בקרב הצעירים שלנו, ישפר את סביבת הלימודים של בית הספר ויתמודד עם בעיות כדוגמת שימוש בסמים ואלימות.ילדך אינו חייב להשתתף בסקר. ההשתתפות היא מרצון ומחייבת קבלת רשות ממך.

**תוכן הסקר.** הסקר אוסף מידע על התמיכה ההתפתחותית המוענקת לצעירים; על רמת החיבוריות של בית הספר ועל מחסומים ללמידה; התנהגויות כמו פעילות פיזית והרגלי תזונה; שימוש באלכוהול, מוצרי טבק וסמים אחרים; ובטיחות בית הספר.

תוכל/י לבחון את השאלון במשרדי בית הספר או באתר האינטרנט של מחוז הלימודים שלך בכתובת [INSERT DISTRICT WEB ADDRESS].

התוצאות של סקר זה נאספות ונכללות בדוחות CHKS ברמת מחוז הלימודים והמחוז במדינה (county). להצגת הדוח של מחוז הלימודים שלך, גלוש/י אל הכתובת https://calschls.org/reports-data/search-lea-reports והקש/י את שמו של מחוז הלימודים.

**ההשתתפות היא מרצון.** תלמידים אשר מסכימים להשתתף, לאחר שקיבלו את רשותכם לעשות זאת, לא חייבים להשיב על כל שאלה שאינם רוצים להשיב עליה ומותר להם להפסיק את השתתפותם בכל עת.

**הסקר אנונימי.** שמות לא נרשמים ולא מקושרים אל טופסי הסקר או אל הנתונים. ניתוח התוצאות יאופשר רק בכפוף לאמצעי חיסיון קפדניים.

הסקר יבוצע בתאריך [DATE OF SURVEY ADMINISTRATION].

סיכונים פוטנציאליים. לא ידוע לנו על כל סיכון פיזי לילדכם. הסיכונים של נזק פסיכולוגי או חברתי נמוכים מאוד. לא דווחו תופעות כאלה במשך 22 שנים של ניהול הסקר. במקרים נדירים קיימת חוויה של אי-נוחות עקב השאלות. שירותי הייעוץ של בית הספר יהיו זמינים ויוכלו להשיב על כל שאלה אישית שעשויה להתעורר.

**לקבלת מידע נוסף.** סקר זה פותח על ידי WestEd, מלכ"ר הפועלת בתחום החינוך. אם יש לך שאלות כל שהן לגבי סקר זה או לגבי הזכויות שלך, התקשר/י אל המחוז הלימודי במספר הטלפון הבא: [INSERT NAME AND PHONE NUMBER OF DISTRICT CONTACT].

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**טופס הסכמת הורים לסקר הילדים הבריאים של קליפורניה**

נא לסמן להלן בהתאם למתן הסכמה, לחתום ולהחזיר את הטופס בתוך שלושה ימים למורה ששלח/ה אותו.

\_\_ **אני מרשה** לילדי להשתתף בסקר הילדים הבריאים של קליפורניה.

\_\_ **אני לא מרשה לילדי** להשתתף בסקר הילדים הבריאים של קליפורניה.

חתימה: תאריך:

שמו/שמה של הילד/ה הוא:

(נא לכתוב בכתב ברור)

תודה על מילוי והחזרת טופס הסכמה זה.