

מרכז קהילתי מתנ"ס תל מונד

הצהרה על מצב בריאותו של הילד/ה בצהרון

אל: מרכז קהילתי (מתנ"ס) תל מונד תחום צהרונים
מאת: הורי הילד/ה:

השם הפרטי ושם המשפחה _____
מס' ת"ז _____
תאריך לידה _____
צהרון (מספר הגן): _____ שם הגן בו מתקיים הצהרון: _____
אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות המתאימה):

- ❖ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעת מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בגן ומטעמו.
- ❖ יש לבני/לבתי בעיות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנערכת בצהרון ומטעמו, כדלקמן:

▪ פעילות גופנית

▪ טיולים

▪ פעילות אחרת: _____

_____ **תיאור המגבלה:**

▪ מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה ומתאר את מהותה שניתן על ידי _____

_____ לתקופה: _____

- ❖ יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית:

▪ רגישות ו/או אלרגיה למזון ולתרופות או לגורם אחר _____
במידה וקיימת רגישות/אלרגיה, יש לעדכן מיידי את המרכז במעמד הרישום ובפתיחת שנה למובילה של הצהרון או בטלפון 09-7777634.

▪ ליקוי שמיעה או ראייה

▪ התעלפויות ו/או התכווצויות ו/או התקפי עצירת נשימה

▪ מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה ומתאר את מהותה שניתן על-ידי _____

_____ לתקופה: _____

מידע רפואי:

❖ שם קופת חולים: _____ שם הרופא/ה המטפלת: _____ טלפון: _____
השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

אני מתחייב/ת להודיע להנהלת מרכז קהילתי (מתנ"ס) תל מונד על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
אני אחראית/אחראי לדאוג שצוות הצהרון יקבל הנחיה לגבי העזרה הראשונה הנדרשת לבני/לבתי במקרה חירום בשל מצבו/ה הבריאותי.

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה _____