

נספח הצהרת הורים על מצב בריאות של בן/בתך

אל: מרכז חידע ורישום

שם הילד/ה

שם פרטי

שם משפחה

מס' ת.ז.

ת. לידה

שם הקייטנה (הקף בעיגול): גני ילדים. שם הגן: _____ / קריית התרבות / סביוני נצר / שכונת העמק

אני מצהיר בזאת כי:

אין לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה.

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה כדלקמן:

תיאור המגבלה: _____

השתתפות בפעילות גופנית: _____

השתתפות בפעילות אחרת: _____

מצ"ב אישור רפואי שניתן מהרופא _____ לתקופה של _____

לפנייה בשעת מצוקה:

שם מלא: _____ טלפון: _____ כתובת: _____

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית כגון: (אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

מצ"ב אישור רפואי שניתן מהרופא _____ לתקופה של _____

בני/בתי מקבל/ת טיפול תרופתי קבוע:

שם התרופה: _____

אופן נטילת התרופה: _____

בני/בתי נעדר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הנ"ל: משאך, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'.

נא פרטו: _____

אלרגיות ורגישות

אין לבני/לבתי אלרגיה/רגישות למזון/לתרופה

יש לבני/לבתי אלרגיה / רגישות שאינה מסכנת חיים למזון/לתרופה: _____

חובה לצרף אישור רפואי המתאר את חומרת האלרגיה / רגישות.

יש לבני / לבתי סייעת צמודה במהלך השנה במסגרות החינוך הפורמאלי (לסמן במידה וכן)

* החברה אינה מתחייבת לאפשר השתתפות של ילד/ה בכל מקרה בו היא אינה יכולה להבטיח את בריאותו.

תאריך: _____ שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

ת.ז. ההורה _____