

א. טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם לצהרון

שם הצהרון: _____ היישוב: _____
אל: מחנך/ת הכיתה מר/גב' _____
מאת: הורי התלמיד/ה _____
השם הפרטי _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____
תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ _____
הכתובת: _____
כתובת הדוא"ל: _____
ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה _____
שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בבית הספר ומטעמו, כדלקמן:

- פעילות גופנית
- פעילות בחדר כושר
- טיולים
- תחרות ספורט של בתי הספר (בכיתות ז'-י"ב)
- פעילות אחרת: _____
- תיאור המגבלה: _____
- לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____
- לתקופה: _____

3. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד''). לא/כן. פרט: _____

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: _____

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

216

6. אני מתחייב/ת להודיע למחנך/ת הכיתה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את בית הספר על אודותיו:

חתימת ההורים	שמות ההורים	התאריך

תאריך: _____

לכבוד
המרכז הקהילתי

א.ג.נ.,

הנדון: כתב הצהרה והתחייבות - ילד עם מגבלות אלרגניות בצהרון

אנו הח"מ:

1. שם: _____ משפחה: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____
2. שם: _____ משפחה: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____

הננו הורי ואפוסטרופסים של הילד/ה: _____

הסובל ממגבלה אלרגנית: _____
(פירוט המגבלה)

התסמינים של האלרגיה: _____
(פירוט התסמינים)

הדורשת השגחה וטיפול כדלקמן: _____

(פירוט ההשגחה והטיפול)

מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

1. ילדנו/תנו סובל/ת מן המגבלה/ות האלרגנית/ות המפורטת/ות מעלה והוא/היא זקוק/ה לטיפול והשגחה מעת לעת, כמפורט לעיל.
2. הננו מתחייבים להמציא מייד בסמוך לרישום ולא יאוחר מ – 7 ימים ממועד החתימה מסמך רפואי מהאלרגולוג המטפל, שבו תתואר האלרגיה שהתלמיד סובל ממנה. במסמך המזוונות והחומרים שהילד אלרגי אליהם, התסמינים הטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד במקרה של חשיפה.

3. אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה האלרגנית וחרף ההשגחה והטיפול הרפואיים הנדרשים מעת לעת לילדנו/תנו שהוא/היא ישתתף/תשתתף בפעילות בצהרון הנערכת על ידכם או מטעמכם.

4. אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר רלבנטי למצבו/ה של ילדנו/תנו, ובכלל.

5. אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות הגן, בילדנו/תנו בקשר למגבלות האלרגניות שמהן הוא/היא סובלת, לפי הפירוט דלקמן:

(לפרט האמצעים הנדרשים)

6. כמו כן הננו מתחייבים להפקיד במתקן שבו הצהרון מתקיים מזרק בר-תוקף בקופסת התרופות לשעת חירום, תוך ציון שמו של התלמיד ופרטיו וכן תצלום של כרטיס קופת החולים שהוא מבוטח בה. מזרק נוסף, ועליו שם, יימצא בתיקו האישי של התלמיד. ידוע לנו שבאחריותנו להחליף את המזרק כאשר תמה תקופת התוקף של המזרק.

7. אנו מתחייבים להמציא לכם אישור רפואי בדבר יכולתו/ה של ילדנו/תנו להשתתף בצהרון בדבר הטיפולים הנדרשים, בדבר התרופות ושאר האמצעים הרפואיים והמאכלים המותרים (או האסורים) שיש או אין לספק לילד/ה. וכן גם אישור לגבי מי יכול ומוסמך מבחינתנו להעניק לילד טיפול רפואי בשעת הצורך, וכן ובמיוחד אישור רפואי המפרט אם הילד/ה נזקק/ת למלווה צמוד בצהרון או שהוא יכול לשהות בצהרון ללא מלווה. על האישור הרפואי לפרט את מהות הרגישות האלרגנית של הילד/ה והאם ובאלו מקרים הרגישות עלולה להתפרץ (אכילה, מגע, חשיפה לריח וכדומה).

8. אנו מתחייבים להמציא לכם את מספר הטלפון והפלאפון שלנו ושל הרופא המטפל כדי שתוכלו לפנות אלינו או אליו בשעת הצורך.

9. באחריותנו ליידע את כל הורי מסגרת הצהרון לקראת פתיחת שנת הלימודים, וכן באסיפת ההורים הראשונה, על המגבלות התזונתיות החלות על תלמידי הכיתה והמסגרת, וכן על האיסור להכניס את האלרגן למרחבי השהייה שיוגדרו או לכל מתחם בית הספר, גן הילדים או הצהרון. היידוע ייעשה בתיאום עם התלמיד הסובל מאלרגיה ואיתנו.

10. באחריותנו לאשר את הרכב המזון. ידוע לנו כי ככל שלא נאשר את הרכב המזון, נוכל לספק לילדינו את המזון המותאם באופן עצמאי ובהתאם יקוּז מהתשלום החלק היחסי.
11. ידוע לנו כי מצב של אלרגיה למזון מסכנת חיים נכלל בתבחינים המאפשרים קבלת סיוע ממוקד מהוועדה הבין משרדית להעסקת מלווה אישית (סייעת רפואית) בחינוך הרגיל. ככל שאין בכוונתנו להגיש בקשה לסיוע אז באחריותנו לתת את כל הסיוע הנדרש כדי לעמוד בכך.
12. אנו מייפים את כוחו של צוות הצהרון להעניק לילד את הטיפול המצוין במסמך הרפואי בכל מקרה שבו יפתח הילד תגובה אלרגית. אנו מתחייבים לשתף פעולה עם צוות הצהרון והאחראים בו, בכל הנוגע לטיפול ולהשגת ילדנו/תנו.
12. ידוע לנו כי על סמך ההצהרות וההתחייבויות דלעיל הסכמתם לאפשר לבננו/בתנו להשתתף בצהרון חרף מגבלותיו הרפואיות.

ולראיה באנו על החתום,

תאריך: _____

האב

האם

מאשרים החתימות הנ"ל.

מנהל המתנ"ס

תאריך: _____