



רשת המתנ"סים אילת  
אגף גיל רך ומשפחה

## הסכם השתתפות צהרון

### הצהרה/התחייבות/מידע על מגבלה רפואית - נספח 3

הננו הורי הילד/ה: \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

- מצהיר/ה בזאת כי לבני/בתי, אין בעיות רפואיות העלולות לסכן את בריאותו/ה בעת הפעילות במסגרת הצהרון.
- לא ידוע לי על בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובל/ת בני/בתי והמחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת הצהרון.
- לבני/בתי יש מגבלה בריאותית המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת הצהרון.
- אלרגיה למזון/תרופות או לגורם אחר
  - ליקוי שמיעה ו/או ראייה
  - התעלפויות ו/או התכווצויות ו/או התקפי עצירת נשימה
  - סוכרת נעורים
  - אפילפסיה
  - אחר: \_\_\_\_\_
- בני/בתי לא מקבל/ת טיפול תרופתי/רפואי, כגון כדורים/משאף.
- בני/בתי מקבל/ת טיפול תרופתי/רפואי \_\_\_\_\_
- מאשר/ת פינוי של בני/בתי לקבלת טיפול רפואי דחוף במידת הצורך או לפי בקשתי.
- לא מאשר/ת פינוי של בני/בתי לקבלת טיפול רפואי דחוף במידת הצורך או לפי בקשתי.
- פרטי איש קשר, לפניה בשעת מצוקה בגין מצב רפואי: \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ קירבה \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

- הנני מתחייב/ת להודיע למתנ"ס באופן מיידי על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי ועל כל בעיה ו/או מגבלה שתתגלה, וזאת מיד עם התגלותה.

**במידה וקיימות מגבלות רפואיות, ההורים והרופא המטפל מתחייבים לחתום על כתב התחייבות בהמשך לקליטת ילד עם מוגבלות רפואית בצהרון, ולנהוג בהתאם לאמור בו.**

אנו מצהירים ומתחייבים כי:

בני/בתי אובחן/ה במגבלה רפואית הזקוק/ה לטיפול והשגחה מעת לעת. (פירוט המגבלה):

---

---

---

המגבלה הרפואית דורשת השגחה וטיפול באופן: \_\_\_\_\_

---

---

- אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה וחרף ההשגחה והטיפול הרפואיים הנדרשים מעת לעת, בני/בתי ישתתף/תשתתף בפעילות בצהרון הנערכת על ידכם או מטעמכם.
- אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר הרלבנטי למצבו/ה של ילדנו/ילדתנו.

- אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת הצוות, בילדנו/ילדתנו בקשר למגבלות שמהן הוא/היא סובל/ת.
- 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 לבני/בתי וכן גם אישור לגבי מי יכול ומוסמך מבחינתנו להעניק לילד טיפול רפואי בשעת הצורך.
- כל אימת שתתעורר בעיה רפואית אלרגנית המונעת מילדנו/תנו את המשך השתתפותו/ה בצהרון. אנו מסכימים ומתחייבים להוציא/ה בין לפרק זמן נדרש ובין לצמיתות – על פי העניין.
- ידוע לנו שאין לצוותי ההדרכה של הצהרון, ידע והכשרה מקצועית ורפואית כדי לספק את הצרכים והטיפולים הרפואיים שנדרשים לילדנו/ילדתנו, לא ברמת חובש או אדם בעל הכשרה רפואית.
- ידוע לנו שאין באפשרותכם להבטיח בצורה הרמטית טיפול והשגחה מוחלטים בקשר למגבלות הרפואיות האלרגניות שמהן סובל ילדנו/ילדתנו.
- מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה/הרגישות הבריאותית לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

=====

### אל: הרופא המטפל

נודה לך על מתן מידע רפואי הדרוש לצוות הצהרונים להיערכות בשגרה ולמתן סיוע בעת הצורך בשעות פעילות הצהרון וכן למצבי חירום אפשריים הנובעים ממצבו הבריאותי של הילד/ה ודורשים סיוע או התייחסות מתאימה על ידי צוות הצהרונים.

הילד/ה מאובחן ברגישות/אלרגיה למזון/תרופות או לגורם אחר.

פרוט מהות הרגישות האלרגנית של הילד/ה והאם ובאלו מקרים הרגישות עלולה להתפרץ: אכילה, מגע, חשיפה לריח וכדומה: \_\_\_\_\_

הילד/ה מקבל/ת טיפול תרופתי/רפואי, כגון כדורים/משאף.

פרוט מהות האבחון: \_\_\_\_\_

הילד/ה לא נזקק/ק למלווה צמוד ויכול/ה לשהות בצהרון ללא מלווה.

הילד/ה נזקק/ק למלווה צמוד בצהרון.

ההתייחסות הנדרשת מצוות הצהרון: \_\_\_\_\_

הטיפול והסיוע המומלצים בשעת חירום (יש לפרט: תכשיר, מינון, מועד מומלץ לשימוש)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

### **הצהרת ההורים**

ידוע לנו כי על סמך ההצהרות וההתחייבויות דלעיל, הסכמתם לאפשר לבננו/בתנו להשתתף צהרון חרף מגבלותיו הרפואיות. ולראיה באנו על החתום, (ההורים)

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם האם /האב \_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_