



הצהרת בריאות – מחלקת צהרונים יובל חינוך

אל: צוות צהרון _____ יובל חינוך.

מאת: הורי הילד/ה _____ ת.ז. של הילד/ה _____

חבר בקופת חולים _____ שם הרופא המטפל _____ טלפון _____

אני מצהיר/ה כי (הקף ומלא את הסעיפים לפי הצורך):

1. ידוע/לא ידוע לי על בעיה, או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובל בני/בתי המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת הצהרון.
2. לבני/בתי מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת הצהרון: _____
3. לבני/בתי רגישות ו/או אלרגיה למזון, תרופות, או לגורם אחר. פרט: _____ רצ"ב אישור רפואי.
4. לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית/אסטמה/סכרת נעורים/אפילפסיה/אחר, פרט: _____ רצ"ב אישור רפואי.
5. בני/בתי נוטל תרופה/ות באופן קבוע: כן/לא. פרט: _____
6. אני מתחייב/ת להודיע לצוות העובדות על כל שינוי, או מגבלה זמניים, או קבועים שיחולו במצבו הבריאותי של בני/בתי.
7. הנני מתחייב/ת להודיע ליובל חינוך מידית על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי ועל כל בעיה ו/או מגבלה שתתגלה וזאת מיד עם התגלותה. בכל מקרה של מגבלה ו/או בעיה רפואית הנני מתחייב/ת לחתום על כתב התחייבות מיוחד ביחס לילד/ה עם המגבלה הרפואית שיימסר לנו ולנהוג בהתאם לאמור.

_____	_____	_____
חתימה	שם ההורים	תאריך