



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 (סמן ומלא את הסעיפים לפי הצורך):

לא ידוע לי על מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובל בני/ביתי המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד

ידוע לי על בעיה, או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובל בני/ביתי המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת הצהרון. (יש למלא את הסעיפים הבאים)

1. לבני/ביתי מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת הצהרון:

2. לבני/ביתי רגישות ו/או אלרגיה למזון, תרופות, או לגורם אחר. פרט: _____ ,

רצ"ב אישור רפואי- חובה.

3. לבני/ביתי מגבלה בריאותית כרונית/אסטמה/סכרת נעורים/אפילפסיה/אחר,

פרט: _____ , רצ"ב אישור רפואי- חובה.

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

5. אני מתחייב/ת להודיע לצוות העובדות על כל שינוי, או מגבלה זמניים, או קבועים שיחולו במצבו הבריאותי של בני/ביתי.

6. הנני מתחייב/ת להודיע ליובל חינוך מידית על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/ביתי 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