

הצהרה על מצב בריאות הילד לשנת תשעט

שם הילד ומשפחה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____
 אנו ההורים האפוטרופוסים של הקטין/נה (להלן "הילד") מצהירים ומתחייבים בזה הדדית
 כלפיכם:

1. הננו מודעים לכך כי מעון היום (להלן "המעון") שבהנהלתכם – אליו עומד הילד להתקבל – בנוי לטיפול בילדים בריאים, ללא צורך בטיפול ותזונה מיוחדים.
 2. ידוע לנו כי בצוות המעון – בהתאם לתקנות של משרד העבודה והרווחה – לא כלולים רופאים, אחיות או בעלי מקצוע פרה – רפואיים.
- א.** הננו מצהירים כי בריאותו של הילד- תקינה ואין לו מגבלה רפואית.
 אני מתחייב/ת להודיע למנהלת המעון על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

תאריך	שם ההורים	חתימת ההורה
<p>ב. יש לבני /בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנערכת במעון ומטעמו, כדלקמן:</p>		

- ב 1. הילד סובל מ: _____ (להלן המגבלה) ומשום כך הננו מוותרים על הסודיות הרפואית לגביו.
 הטיפול הרפואי שהילד מקבל _____
(נבקש לצרף אישור רפואי לכך)
- ב 2. יש לבני/בתי רגישות יתר (כגון אסטמה, אלרגיה לסוגי מזון וכד').
 תיאור המגבלה: _____

ולמרות המגבלה הרפואית ע"פ חוות הדעת של הרופא המטפל הרצי"ב ולפי שיקול דעתו, יכול הילד לבקר במעון בתנאים המפורטים לעיל ואנו מבקשים לקבלו למעון על אחריותנו המוחלטת וחשבוננו.

- ✓ בכל מקרה שבו יזדקק הילד לטיפול מיוחד במעון, אנו מתחייבים לספק לו מיד, טיפול זה על אחריותנו וחשבוננו, וכן לשלוח מטפל מתאים ומיומן למעון במידת הצורך.
- ✓ אנו משחררים בזה מראש, את מוא"ז שומרון והן את מזכירות הישוב, והן את כל אחד מעובדי צוות המעון, מכל אחריות ונזק שעלול להיגרם כתוצאה מהמגבלה האמורה.
- ✓ למותר לציין כי אתם – לפי שיקול דעתכם המוחלט תהיו רשאים, בכל עת להפסיק את ביקוריו של הילד במעון בגין המגבלה.

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה:

תאריך	שם ההורים	חתימת ההורה
-------	-----------	-------------