

כתב הצהרה והתחייבות לקליטה בצהרון של ילד עם מגבלות רפואיות

תאריך : _____

לכבוד

יחידת הצהרונים

א.ג.נ.

הנדון : כתב הצהרה והתחייבות לקליטת ילד עם מגבלות רפואיות בצהרון

אנו הח"מ :

1. שם : _____ משפחה : _____ ת"ז : _____

כתובת : _____

שם גן הבוקר : _____ כתובת גן הבוקר : _____

2. שם : _____ משפחה : _____ ת"ז : _____

כתובת : _____

הננו הורי ואפוסטרופוסים של הילד/ה : _____

הסובלת/ת ממגבלה רפואית : (פרוט) _____

הדורשת השגחה וטיפול כדלקמן : (פרוט) _____

מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

1. ילדנו/תנו סובלות מן המגבלות הרפואיות המפורטות מעלה והוא/היא זקוק/ה לטיפול והשגחה מעת לעת, כמפורט לעיל.
2. אנו מבקשים כי חרף המגבלה הרפואית וחרף ההשגחה והטיפול הרפואי הנדרשות מעת לעת לילדנו/תנו שהוא היא ישתתף/תשתתף בפעילות בצהרון הנערכת על ידכם או מטעמכם.
3. אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר רלוונטי למצבו/ה של ילדנו/תנו, ובכלל.
4. אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות הגן, בילדנו/תנו בקשר למגבלות שמהן הוא/היא סובל/ת, לפי הפירוט כדלקמן.
5. אנו מתחייבים להעביר לכם את מספר הטלפון שלנו כדי שתוכלו לפנות אלינו בשעת הצורך.
6. כל אימת שתתעורר בעיה המונעת מילדנו/תנו את המשך השתתפותו/ה בצהרון, אנו מסכימים ומתחייבים להוציא/ה בין לפרק זמן נדרש ובין לצמיתות – על פי העניין .
7. ידוע לנו שאין לכם מידע והכשרה מקצועית ורפואית כדי לספק את הצרכים והטיפולים הרפואיים שנדרשים לילדנו/תנו, פרט לפעולות שהוגדרו לעיל (שהנם ברמת צוות הגן ולא ברמת חופש או אדם בעל הכשרה רפואית).
8. ידוע לנו שאין באפשרותכם להבטיח בצורה הרמטית טיפול והשגחה מוחלטים בקשר למגבלות הרפואיות, ככל שפעלתם ברמת זהירות ראויה בנסיבות העניין שמהם סובל/ת ילדנו/תנו, וממילא אנו פוטרים אתכם מכל חובה ואחריות בקשר לטיפול ולהשגחה הנובעת מן המגבלות הרפואיות כאמור.
9. אנו מצהירים ומתחייבים כי אין ולא תהיינה לנו כל טענות, מענות או תביעות בקשר להחזקת ילדנו/תנו בצהרון ולטיפול ולהשגחה שיינתנו לו/לה בצהרון בקשר למגבלות הרפואיות שלו/שלה בכפוף לאמור בסעיף 8 לעיל.
10. לילד/ה סייעת צמודה בשעות פעילות הבוקר (נא סמנו במשבצת המתאימה)
 כן
 לא
11. ידוע לנו כי על סמך ההצהרות וההתחייבויות דלעיל הסכמתכם לאפשר לבננו/בתנו להשתתף בצהרון חרף מגבלותיו הרפואיות .

ולראיה באנו על החתום

תאריך: _____

הורה 1: _____

הורה 2: _____