

טופס הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם

שם הצהרון/המעון/המסגרת: _____ היישוב: _____
 אל: מנהל/ת המסגרת מר/גב' _____
 מאת: הורי התלמיד/ה _____
 השם הפרטי _____ מס' ת"ז _____ הכיתה _____
 תאריך הלידה: _____ המין: ז/נ _____
 הכתובת: _____
 כתובת הדוא"ל: _____
 ארץ הלידה: _____ שנת העלייה: _____ מס' הילדים במשפחה _____
 שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
 שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת במסגרת ומטעמה.
- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות במסגרת ומטעמה כדלקמן:
 - פעילות גופנית
 - טיולים
 - פעילות אחרת: _____
 תיאור המגבלה: _____
 לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: _____
 לתקופה: _____
- יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד'). לא/כן. פרט: _____
- בני/בתי נוטלת/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: _____
- בני/בתי סובלת/ת מרגישות לתרופות או למזון: לא/כן. פרט: _____
 מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.
 האישור ניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

6. אני מתחייבת/ת להודיע למנהל/ת המסגרת על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

7. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות החינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

8. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את בית הספר על אודותיו:

חתימת ההורים

שמות ההורים

התאריך

אישור פינוי לקבלת טיפול רפואי

אני מאשר/ת – לא מאשר/ת (יש להקיף בעיגול) פינוי של ילדי לקבלת טיפול רפואי דחוף במידת הצורך או לפי בקשתי. אני יודעת/ת כי ייתכן ואשא בעלויות הטיפול והפינוי.

חתימה: _____ תאריך: _____

תאריך: _____

לכבוד
המרכז הקהילתי

א.ג.נ.,

הנדון: כתב הצהרה והתחייבות - ילד עם מגבלות אלרגיות

אנו הח"מ:

1. שם: _____ משפחה: _____ ת.ז. _____
כתובת: _____
2. שם: _____ משפחה: _____ ת.ז. _____
כתובת: _____

הננו הורי ואפוטרופסים של הילד/ה: _____

הסובל ממגבלה אלרגית: _____
(פירוט המגבלה)

התסמינים של האלרגיה: _____
(פירוט התסמינים)

הדורשת	השגחה	וטיפול	כדלקמן:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

(פירוט ההשגחה והטיפול)

מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

1. ילדנו/תנו סובלת/ת מן המגבלה/ות האלרגנית/ות המפורטת/ות מעלה והוא/היא זקוק/ה לטיפול והשגחה מעת לעת, כמפורט לעיל.
2. הננו מתחייבים להמציא מייד בסמוך לרישום ולא יאוחר מ – 7 ימים ממועד החתימה מסמך רפואי מהאלרגולוג המטפל, שבו תתואר האלרגיה שהתלמיד סובל ממנה. במסמך המזוונות והחומרים שהילד אלרגי אליהם, התסמינים הטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד במקרה של חשיפה.
3. אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה האלרגנית וחרף ההשגחה והטיפול הרפואיים הנדרשים מעת לעת לילדנו/תנו שהוא/היא ישתתף/תשתתף בפעילות בקייטנה הנערכת על ידכם או מטעמכם.
4. אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר רלבנטי למצבו/ה של ילדנו/תנו, ובכלל.
5. אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות הגן, בילדנו/תנו בקשר למגבלות האלרגניות שמהן הוא/היא סובלת, לפי הפירוט דלקמן:

(לפרט האמצעים הנדרשים)

6. כמו כן הננו מתחייבים להפקיד במתקן שבו הקייטנה מתקיימת מזרק בר-תוקף בקופסת התרופות לשעת חירום, תוך ציון שמו של התלמיד ופרטיו וכן תצלום של כרטיס קופת החולים שהוא מבוטח בה. מזרק נוסף, ועליו שם, יימצא בתיקו האישי של התלמיד. ידוע לנו שבאחריותנו להחליף את המזרק כאשר תמה תקופת התוקף של המזרק.
7. אנו מתחייבים להמציא לכם אישור רפואי בדבר יכולתו/ה של ילדנו/תנו להשתתף בקייטנה בדבר הטיפולים הנדרשים, בדבר התרופות ושאר האמצעים הרפואיים והמאכלים המותרים (או האסורים) שיש או אין לספק לילד/ה. וכן גם אישור לגבי מי יכול ומוסמך

8. מבחינתנו להעניק לילד טיפול רפואי בשעת הצורך, וכן ובמיוחד אישור רפואי המפרט אם הילד/ה נזקק/ת למלווה צמוד בקייטנה או שהוא יכול לשהות בקייטנה ללא מלווה. על האישור הרפואי לפרט את מהות הרגישות האלרגנית של הילד/ה והאם ובאלו מקרים הרגישות עלולה להתפרץ (אכילה, מגע, חשיפה לריח וכדומה).
9. אנו מתחייבים להמציא לכם את מספר הטלפון הנייד שלנו ושל הרופא המטפל כדי שתוכלו לפנות אלינו או אליו בשעת הצורך.
10. באחריותנו להעביר לצוות הרלוונטי בקייטנה את כל המידע, על מנת שהמתנ"ס יידע את כל הורי מסגרת הקייטנה, על המגבלות התזונתיות החלות על תלמידי הקייטנה והמסגרת, וכן על האיסור להכניס את האלרגן למרחבי השהייה שיוגדרו או לכל מתחם בית הספר, גן הילדים או הצהרון.
11. באחריותנו לאשר את הרכב המזון. ידוע לנו כי ככל שלא נאשר את הרכב המזון, נוכל לספק לילדינו את המזון המותאם באופן עצמאי ובהתאם יקוזז מהתשלום החלק היחסי.
12. ידוע לנו כי מצב של אלרגיה למזון מסכנת חיים נכלל בתבחינים המאפשרים קבלת סיוע ממוקד מהוועדה הבין משרדית להעסקת מלווה אישית (סייעת רפואית) בחינוך הרגיל. במידה ואין בכוונתנו להגיש בקשה לסיוע אז באחריותנו לתת את כל הסיוע ושיתוף הפעולה הנדרש כדי שהצוות יוכל לתת טיפול מיטבי, ככל שניתן במסגרת המגבלות.
12. אנו מייפים את כוחו של צוות הקייטנה להעניק לילד את הטיפול המתואר במסמך הרפואי בכל מקרה שבו יפתח הילד תגובה אלרגית. כל זאת מבלי שתהיה בכך משום הטלת חובה או אחריות על המינהל.
13. אנו מתחייבים לשתף פעולה עם צוות הקייטנה והאחראים בו, בכל הנוגע לטיפול ולהשגת ילדנו/תנו.

ולראיה באנו על החתום,

תאריך _____ שם ההורים _____ חתימה _____

מאשרים החתימות הנ"ל.

תאריך: _____

מנהל המתנ"ס

אל :

הנדון: מתן טיפול תרופתי מציל חיים במעון לילד שאובחן כלוקה באלרגיה (מילוי באחריות הרופא).

הילד: _____ ת.ז. : _____
אבחנה רפואית: _____

ביטוי ביום- _____

יום: _____
במקרים הבאים: _____

שהמאפיינים שלהם הם: _____

יש לתת לילד/ה את התרופה: _____

(יש לכתוב באותיות דפוס לטיניות)

במינון כדלקמן: _____

על שינוי חריג במצבו בריאותו/ה יש להודיע להורי הילד/ה, או, במידת הצורך, לפנותו/ה למוקד חירום מד"א, מרפאה או בית חולים).

הריני לאשר כי הילד/ה רשאי/ת לבקר במעון וכי אפשר לתת לו/ה את הטיפול התרופתי מציל חיים במסגרת המעון.

הבקשה תקפה מתאריך: _____ / _____ / _____ עד _____ / _____ / _____
(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים)

* המלצה לסייעת - כן/לא בהיקף יום מלא / חלקי מס' שעות ביום: _____

שם פרטי ומשפחה _____ מס' רישיון _____ המוסד הרפואי _____ חתימה וחותמת הרופא _____