

הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם במשפחתון

פרטי הילד

שם הילד/ה	תעודת זהות ילד/ה	תאריך לידה
-----------	------------------	------------

מאת הורי הילד/ה:

1. אני מצהיר/ה כי: (סמן/י את האפשרות המתאימה)

☐ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ביתי להשתתף בפעילות הנערכת

במשפחתון ומטעמו

☐ יש לבני / לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות

הנערכת במשפחתון ומטעמו, כדלקמן:

☐ פעילות גופנית

☐ פעילות בחצר

☐ טיול מחוץ למשפחתון

☐ פעילות אחרת:

תיאור המגבלה: _____

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____ לתקופה: _____

2. האם קיימת לבני/בתי בעייה בריאותית כרונית? ☐ כן ☐ לא. (סמן ב x)

אפילפסיה, בעיה קרדיולוגית, מושתל איברים, מחלה ממארת- טיפול כימותרפיה, מחלת מעיים- קרוהן, מחלת מעיים – קוליטיס, מחלת עור, ניוון שרירים- דושן, סוכרת מסוג 1 – סוכרת נעורים, צליאק- כרסת קרישיות דם, טרומבוציטופניה, מחסור באנזים G6PD, בעיה כרונית אחרת. (סמן בעיגול)

יש לצרף מסמך מרופא מומחה.

פירוט: _____

3. האם הילד/ה נוטל/ת תרופה באופן קבוע? ☐ כן ☐ לא. (סמן ב x)

פירוט התרופות: _____

4. האם קיימת לילד/ה רגישות למזון או לחומרים אחרים? ☐ כן ☐ לא. (סמן ב x)

אגוזים, בוטנים, ביצים, גלוטן (חיטה), דבש, דגים, חלב, יוד, לטקס, סויה, עקיצת דבורים, עקיצת יתושים, עקיצת צרעות, פול, צמחים (אבקנים), קיווי, קרשית אבק הבית, שומשום, שמרים, שקדים, חומר/ מזון אחר. (סמן בעיגול) פירוט: _____

5. האם הילד/ה נושא/ת מזרק אפיפן אישי? ☐ כן ☐ לא. (סמן ב x)

יש לצרף מסמך רפואי מרופא מומחה, כולל המלצה למזרק אפיפן אישי.

6. אני אחראי/ת לוודא שמנהלת המשפחתון תקבל הדרכה לגבי העזרה הראשונה הנדרשת לילד/ה

7. במקרה של בעייה רפואית ניצור קשר עם:

שם פרטי ושם משפחה	קרבה	מספר טלפון

אני מאשר/ת את העברת המידע המופיע בהצהרת בריאות זו, שמולאה על ידי למנהלת המשפחתון, צוות המשפחתון בעירייה ובמשרד העבודה, לשימוש בו בכל הקשור למצב הבריאותי של בני / בתי ומתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה, זמניים או קבועים, שיחולו במצבו/מצבה הבריאותי.

שם ההורה	מס' זהות	תאריך	חתימה

*במידה וההורים פרודים/ גרושים- נדרשת חתימה של כל אחד מההורים.