



המרכז הקהילתי החדש בקריית גת בע"מ (חל"צ)
מס' חברה 515007300
ת.ד 473 קריית-גת
08-6620888 פקס: 08-6817007

בס"ד

הצהרה ומידע על בריאות הילד/ה - שנת תשפ"ד

שם הילד/ה : _____

ת.ז. _____

ביה"ס : _____

כיתה : _____

• לא ידוע לי על בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובלת/בני/בתי והמחייבת התייחסותנו /או טיפול מיוחד, במסגרת הצהרון.

• לבני/בתי/ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת, המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת הצהרון :

רגישות ו/או אלרגיה למזון, לתרופות או לגורם אחר : _____ (הורה לילד עם רגישות למזון מחויב לעדכן את שירות הלקוחות במעמד ההרשמה ולצרף אישור רפואי מאלרגולוג)

ב. ליקוי שמיעה ו/או ראייה : _____

ג. התעלפויות ו/או התכווצויות ו/או התקפי עצירות נשימה : _____

ד. אחר : _____

הנני מתחייב/ת להודיע למרכז הקהילתי מיידי על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי ועל כל בעיה ו/או מגבלה שתתגלה, וזאת מיד עם התגלותה.

בכל מקרה של מגבלה ו/או בעיה רפואית הנני מתחייב/ת לחתום גם על כתב התחייבות מיוחד שיימסר לנו ביחס לילד/ה עם מגבלה רפואית, ולנהוג בהתאם לאמור בו.

ולראיה באנו על החתום :

שם ההורה : _____ ת.ז. ההורה : _____

חתימה : _____ תאריך _____

את הטופס יש להחזיר חתום למייל moran.matnas3542@gmail.com או בפקס 08-6817007 (נא לוודא קבלת הטופס 08-6620872) או לשירות הלקוחות בפקס 08-6620861 (נא לוודא קבלת הטופס 08-6620862/3)