



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"ה

שם הילד/ה: _____

כיתה: _____

ביה"ס: _____

לא ידוע לי על בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובלת/בני/בתי והמחייבת התייחסות ו/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 מתחייבת/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 מתחייבת/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 לפקס 08-6817007 (נא לוודא קבלת הטופס 08-6620872)