|  |
| --- |
| **פרטי הורים**  |
| שם הורה א  |    | שם הורה ב  |   |
| ת.ז. הורה א  |   | ת.ז. הורה ב   |   |
| נייד הורה א  |    | נייד הורה ב  |   |
| טלפון נייח הורה א  |    | טלפון נייח הורה ב  |   |
| דוא"ל הורה א  |    | דוא"ל הורה ב  |   |
| כתובת מגורים  |   | כתובת מגורים   |   |
| **פרטי ילד/ה**  |
| שם הילד  |    |   |   |
| תעודת זהות  |    |   |   |
| תאריך לידה  |    |   |   |
| סוג דם  |    |   |   |
| מה עוזר לבני/ביתי להירגע  |    |
| **איש קשר נוסף למקרה חירום**  |
| שם  |    | נייד  |   |
| קרבה  |    |
| **הצהרת בריאות** אני מצהיר/ה כי (נא לסמן את האפשרות המתאימה)  |
|   | לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בשמרטפייה.  |
|   | יש לבני/ביתי בעיות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בשמרטפייה או בפעילות הנערכת בשמרטפייה ומטעמה (בבחירת אפשרות זו יש ליצור קשר עם אחראי השמרטפייה).  |
|   | יש לבני/ביתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות לתרופות, רגישות למזון, רגישות לדבורים, התעלפויות ו/או התכווצויות ו/או התקפי עצירת נשימה, ליקוי שמיעה/ראיה וכד') (בבחירת אפשרות זו יש ליצור קשר עם אחראי השמרטפייה).  |
| חתימה:  | הננו מתחייבים להמציא מיד מסמך רפואי מהאלרגולוג המטפל, שבו תתואר האלרגיה שהבני//ביתי סובל ממנה. במסמך יתוארו המזונות והחומרים שהילד אלרגי אליהם, התסמינים והטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד במקרה של חשיפה.  אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה האלרגנית וחרף ההשגחה והטיפול הנדרשים מעת לעת לילדנו, שהוא ישתתף בפעילות השמרטפייה, הנערכת על ידכם או מטעמכם.  אנו מייפים את כוחו של צוות הפעוטון להעניק לילדנו את הטיפול המתואר במסמך הרפואי בכל מקרה שבו יפתח הילד תגובה אלרגית. כל זאת מבלי שתהיה בכך משום הטלת חובה או אחריות על המרכז הקהילתי אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר רלוונטי למצבו של ילדנו, ובכלל.  אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים ואת האמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול בילדנו, ברמת צוות השמרטפייה, בקשר למגבלות האלרגניות שמהן הוא סובל לפי הפירוט כדלקמן (נא לפרט):  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    |
| חתימה:  | אנו מתחייבים לא לשלוח את בננו/ביתנו ביום בו חום גופו/ה מעל 38 מעלות צלזיוס ו/או שלשולים ו/או הקאות ו/או פריחה ו/או דלקת עיניים ו/או כל בעיה או מחלה בריאותית בעלת פוטנציאל הדבקה, זאת על מנת למנוע התפשטות המחלה לילדים אחרים ולצוות החינוכי בשמרטפייה. ילד/ה שחלה/תה בזמן שהותו/ה בשמרטפייה: יעשה ניסיון לאתר את ההורים, אשר מתחייבים להוציאו מהשמרטפייה מיידית לאחר קבלת ההודעה הטלפונית, על מנת למנוע החמרה במצבו.  |
| חתימה:  | הננו מאשרים לצוות למדוד חום לבני/ביתי במד חום דיגיטלי בבית השחי.  |
| שם קופת חולים וסניף  |   | שם רופא מטפל  |   |
| טלפון מרפאה  |    |   |   |
| **היעדרות ילד**  |
| חתימה:  | אנו מתחייבים להודיע מראש על הגעה/אי הגעה של הילד לשמרטפייה.    |
| **הגעה ואיסוף ילד**  |
| חתימה:  | הבאת הילד ואיסופו הינה באחריות ההורים.  ההורים מתחייבים להודיע מראש לאחראי שמרטפייה על כל מקרה בו יילקח הילד מהשמרטפייה שלא על ידי אחד מהם, אלא על ידי אדם אחר מעל גיל 12.  |

**ולראיה באנו על החתום**

**שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**