

הצהרת בריאות

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בכל פעילות.
- יש לבני /בתי מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות כדלקמן:
 - פעילות גופנית
 - טיולים
 - פעילות אחרת

תיאור המגבלה:

- מצורף האישור הרפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____
- יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית/ רגישות או אלרגיה. _____
 - מצ"ב אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של: _____
 - שם+ כתובת+ טלפון לפנייה בשעת מצוקה: _____
 - בני/בתי מקבל את הטיפול התרופתי הזה: _____
 - סוג התרופה: _____ תיאור אופן הטיפול: _____
 - בני/בתי נעזר בכוחות עצמו בצידוד הרפואי _____
 - רגישות או אלרגיה למזון, לאקמול או לחומר אחר כלשהו – נא לפרט: _____

○ ליקויים בחושים (שמיעה, ראייה –) נא לפרט: _____

○ התעלפויות ו/או התכווצויות (התכווצויות מחום, התקפי עצירת נשימה וכיו"ב –) נא לפרט: _____

○ בעיה התפתחותית – נא לפרט: _____

○ אחר – נא לפרט: _____

- אנו מתחייבים להודיע מידיית להנהלת קרן בני שמעון על כל שינוי במצב הבריאותי של בני/בתי ועל כל בעיה או מגבלה שתתגלה לאחר מילוי הפרטים דלעיל.
- בכל מקרה של חום גבוה לילד/ה על ההורה להגיע ו/או לשלוח מישהו מטעמו באופן מידי לקחת את הילד.
- בשום מקרה לא יינתנו תרופות לילדים, לרבות אקמול, על ידי צוות קרן בני שמעון .
- שם קופ"ח בה מבוטח/ת והסניף: _____
- שם ופרטי הרופא המטפל: _____
- טיפת חלב, סניף: _____
- גילו/ה של בני/בתי מתחת ל 6 חודשים בעת כניסתו/ה למעון, מצורף בזה אישור מרופא ילדים המאשר כי התפתחותו/ה ובריאותו/ה תקינות.