



נא למלא את כל הפרטים, להדפיס ולהעביר לאחראי על הפעילות ביום הראשון לפעילות ילדך.

תאריך: ____/____/____

טופס הצהרת בריאות - צהרונים / קייטנונים / ניצנים פלוס / מעונות יום (הקף מצולף)

פרטי הילד
 שם הילד/ה: _____ / _____ : ת.ז. : _____ / _____
שם פרטי שם משפחה
 מצהרון בגן: _____ קייטנון בגן: _____ מבי"ס: _____ ממעון ב: _____ חבר קופת חולים _____
 כתובת מגורי הילד/ה: _____ רחוב: _____ מס': _____ עיר: _____

פרטי ההורה
 שם ההורה: _____ / _____ : ת.ז. של ההורה: _____ / _____
שם פרטי שם משפחה
 כתובת: _____ רחוב: _____ מס' בית _____ עיר _____ מיקוד _____

ה צ ה ר ת ב ר י א ו ת

הנני מצהיר/ה בזאת **(סמנוי X במקום הנכון)**
 לא ידוע לי על רגישויות או מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בכל הפעילויות הנדרשות במסגרת הצהרון/קייטנון/ מועדוניות/מעונות יום.
 (אם לא ידוע לך על מגבלה, דלגי על הסעיפים הבאים והוסיפו חתימתכם בתחתית הדף).

יש לבני / בתי מגבלות בריאותיות - **מאיצה וקיימות אלפסיה יש לאמלא נספח א מציב**

- תיאור הבעיה הרפואית: _____
- יש צורך לקחת, באופן סדיר, תרופות מסוג _____
- יש לו/ה אלרגיה /רגישות ל - _____ מסוג: _____ (חובה למלא נספח א)
- ואסור לו/ה פעילות /מזון: _____
- הערות נוספות: _____

● במסגרת הפעילות יצולמו הילדים. התמונות יוצגו לציבור ולחילופין יועלו לאתר האינטרנט של בית עמנואל. במידה ואינך מאשר, נא סמן

מאשר/ת לא מאשר/ת

● הריני מאשר/ת שקראתי וידוע לי שכל התנאים המפורטים לעיל הם חלק מהנהלים הכלליים של החברה, כפי שמצוינים בחוברת הנהלים ובאתר האינטרנט של בית עמנואל, העומדים לעיונו של כל דורש גם במשרדי החברה. הנהלים מותאמים לפעילות המיוחדת של כל נרשם/ת. דפי הנהלים מחולקים על ידי צוות המחלקה הרלוונטית לכל הנרשמים בפתיחת הפעילות.
 אני מתחייב/ת להודיע להנהלת בית עמנואל על כל שינוי שיחול במצב בריאותו / ה של בני/בתי.

_____ תאריך _____ שם ההורה _____ חתימה _____



שילוב ילד אלרגני למזון במסגרת צהרונים/קייטנות/ניצנים פלוס/מעונות יום:

- ילד הסובל מאלרגיה יתקבל למסגרות החינוך המשלים זאת בתנאים המצטברים הבאים:**
1. על ההורה למלא שאלון רפואי הנוגע למצבו הבריאותי של הילד, כחלק מהליך הרישום - טופס הצהרת בריאות.
 2. על ההורה **להמציא מסמך רפואי מרופא אלרגולוג מומחה המציין את סוג האלרגיה**, התסמינים והטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה דחופה לילד, במקרה של חשיפה למזון הגורם להופעת האלרגיה.
 3. ההורה מתחייב לספק לצהרון/ניצנים/מעון/קייטנה על חשבוננו את הטיפול התרופתי הנדרש לילד/תו ולחדשו בהתאם לתאריכי התפוגה המופיעים על התרופות.
 4. ההורה מייפה את כוחו של צוות הצהרון/ניצנים/מעון/קייטנה, להעניק את הטיפול התרופתי הנדרש המצוין במסמך הרפואי, בכל מקרה שבו יפתח הילד/ה תגובה אלרגית למזון.
 5. בכל מקרה של מתן טיפול תרופתי מניעתי הכולל טיפות אנטי-היסטמיניות או מזרק אפיפן המצוי בצהרון/ניצנים, ההורה מודע לכך כי על הצוות לפנות את הילד באמבולנס לביה"ח ובמקביל יש ליידע את ההורים על כך, באמצעות דיווח טלפוני מיידי.
 6. הורה לילד אלרגני מתחייב בכתב לקחת חלק באסיפות הורים ובפגישות צוות בהן יימסר מידע ותינתן הדרכה בנושא האלרגיה, ובכלל זה בנוגע לצליאק.
 7. הובא לידיעת ההורה כי ניתן להיעזר בעמותת יהל - ייעוץ והדרכה לאלרגיות מזון לצורך קבלת הדרכה לצוותים החינוכיים. העמותה הביעה את נכונותה לספק הדרכה בהתנדבות. יובהר כי בית עמנואל או מי מטעמה אינה אחראית באיזשהו אופן ביחס לתכנים המועברים באמצעות עמותת יהל.
 8. הורה לילד אלרגני מוותר בזאת על חובת סודיות רפואית, ככל שהדבר נדרש למטרת שיתוף כלל ההורים שילדיהם שוהים בצהרון/ניצנים/מעון/קייטנה, במידה ויתעורר הצורך לגייסם לקידום תהליכי המניעה.
 9. ההורה מצהיר כי הודע לו בעת רישום הילד לצהרון/ניצנים/מעון/קייטנה, כי בתקינת כוח-האדם הקיימת ובמספר הילדים השוהים במסגרת החינוך המשלים, לא ניתן להבטיח ו/או להתחייב למניעה מוחלטת של חשיפת הילדים למוצרים המכילים חומרים המעודדים התפרצות האלרגיה בקרב ילדים אלרגנים.

הנני הורה / אפוטרופוס של הילד/ה _____ ת.ז: _____ חבר קופת חולים _____
הסובל ממגבלה אלרגית:

_____ התסמינים של האלרגיה:

_____ הדורשת השגחה וטיפול כדלקמן:

אני מצהיר/ה בזאת כי כל הפרטים שמסרתי נכונים וכי לא תהיה לי כל טענות ו/או תביעות נגד בית עמנואל או מי מטעמה בעקבות אופן מתן הטיפול, לרבות אם יינתן שלא לצורך ו/או בקשר לחשיפה לחומרים אלרגניים שלא הייתה בשליטת צוות הצהרון/ניצנים/מעון/קייטנות.
הובהר לי כי בית עמנואל לא תצמיד סייעת צמודה לבני/בתי במהלך שעות הצהרון/ניצנים/מעון/קייטנה.
אני מייפה כוחו של צוות הצהרון/ניצנים/מעון/קייטנה להעניק טיפול תרופתי הנדרש, בכל מקרה בו יפתח הילד תגובה אלרגית למזון.

_____ תאריך _____ שם ההורה _____ חתימה _____