

## כתב הצהרה והתחייבות לקליטת ילד עם מגבלות רפואיות

הננו הורי ואפוטרופוסים של הילד/ה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

הסובל/ת ממגבלה רפואית (פירוט) \_\_\_\_\_

### **מצהירים ומתחייבים כדלהלן:**

1. ילדנו/תנו סובל/ת מן המגבלות הרפואיות המפורטות מעלה והוא/היא זקוק/ה לטיפול והשגחה מעת לעת כמפורט לעיל.
  2. אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה הרפואית וחרף ההשגחה והטיפול הרפואיים הנדרשים מעת לעת לילדנו/תנו שהוא/היא ישתתף/תשתתף בפעילות בצהרון הנערכת על ידכם או מטעמכם.
  3. אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר רלוונטי למצבו/ה של ילדנו/תנו ובכלל.
  4. אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות הגן בילדנו/תנו בקשר למגבלות שמהן הוא/היא סובל/ת לפי הפירוט דלקמן.
  5. אנו מתחייבים להמציא לכם אישור רפואי בדבר יכולתו/ה של ילדנו/תנו להשתתף בצהרון בדבר הטיפולים נדרשים, בדבר התרופות ושאר האמצעים הרפואיים והמאכלים המותרים (או האסורים) שיש או אין לספק לילד/ה וכן גם אישור לגבי מי יכול ומוסמך מבחינתנו להעניק לילד טיפול רפואי בשעת הצורך.
  6. אנו מתחייבים להמציא לכם את מספר הטלפון והטלפון הנייד שלנו ושל הרופא המטפל כדי שתוכלו לפנות אלינו או אליו בשעת הצורך.
  7. כל אימת שתתעורר בעיה המונעת מילדנו/תנו את המשך השתתפותו/ה בצהרון, אנו מסכימים ומתחייבים להוציא/ה בין לפרק זמן נדרש ובין לצמיתות - על פי העניין.
  8. ידוע לנו שאין לכם ידע והכשרה מקצועית ורפואית כדי לספק את הצרכים והטיפולים הרפואיים שנדרשים לילדנו/תנו, פרט לפעולות שהוגדרו לעיל (שהנם ברמת צוות הגן ולא ברמת חובש או אדם בעל הכשרה רפואית).
  9. ידוע לנו שאין באפשרותכם להבטיח בצורה הרמתית טיפול והשגחה מוחלטים בקשר למגבלות הרפואיות שמהם סובל ילדנו/תנו וממילא אנו פוטרים אתכם מכל חובה ואחריות בקשר לטיפול ולהשגחה הנובעת מן המגבלות הרפואיות, כאמור.
  10. אנו מצהירים ומתחייבים כי אין ולא תהיינה לנו כל טענות מענות או תביעות בקשר להחזקת ילדנו/תנו בצהרון, לטיפול ולהשגחה שיינתנו ל/לה בצהרון בקשר למגבלות הרפואיות שלו/שלה.
  11. אנו מתחייבים לשתף פעולה עם צוות הצהרון והאחראים בו, בכל הנוגע לטיפול ולהשגחת ילדנו/תנו.
  12. ידוע לנו כי על סמך ההצהרות וההתחייבויות דלעיל הסכמתם לאפשר לבנו/בתנו להשתתף בצהרון חרף מגבלותיו הרפואיות.
- \*הערה: יש לצרף מסמכים רפואיים אודות המגבלה / הבעיה, ולראיה באנו על החתום,

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת מנהל/רכז: \_\_\_\_\_