



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"ג**

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_

ביה"ס: \_\_\_\_\_

כיתה: \_\_\_\_\_

לא ידוע לי על בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובל/ת 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](mailto:moran.matnas3542@gmail.com) או בפקס 08-6817007 ( נא לוודא קבלת הטופס 08-6620872 ) או לשירות הלקוחות בפקס 08-6620861 ( נא לוודא קבלת הטופס 08-6620862/3 )