

אנו הח"מ _____ ת"ז ו _____ ת"ז ההורים ו/או האפוטרופוסים של
הילד/ה _____ ת"ז _____ (להלן: הילד/ה) מתחייבים בזאת
ביחד ולחוד כלפי חברת כיוונים כדלקמן:

הצהרה ומידע על בריאות הילד/ה	הולכת ילדים והחזרתם לביתם
יש למלא בפירוט הצהרה זו. במידה וקיימת בעיה יש הכרח לפרט.	בהתאם לתיקון חוק העונשין (תיקון מס' 58) השארת ילד בגן, התשס"א 2001 – האוסר על הישארות ילד מתחת לגיל 6 ללא השגחה ראויה, אני מצהיר בזאת שידוע לי שהבאת ילדים למעון בשעות הבוקר והחזרתם בתום יום הלימודים לביתם הם בתחום האחריות הבלעדית של ההורים.
1. האם אתם מודאגים מבעיה התפתחותית, בריאותית, התנהגותית מיוחדת? כן/לא פרט _____	1. בתי/בני יגיע למעון בתחילת יום הלימודים ויוחזר למעון בסיום יום הלימודים על ידינו.
2. האם ילדכם אובחן כמי שיש לו מחלה כרונית? לא ככל שידוע לי/כן. פרט: _____	2. בתי/ בני יגיע בכל בוקר למעון ויוחזר בליווי אדם מבוגר שנבחר מטעמנו.
3. האם לילדכם אלרגיה כלשהי? לא ככל שידוע לי/כן. פרט: _____	3. שמות המבוגרים הרשאים להוציא את בני/בתי מהמעון: א. שם המלווה _____ תעודת זהות- _____ מס' טלפון נייד _____ הקרבה לילד/ה: אח, אחות, שכן, קרוב משפחה, קרבה אחרת _____
4. האם לילדכם בעיה מאובחנת (ראויה, שמיעה, דיבור) לא/כן _____ מרכיב משקפיים? מכשיר שמיעה? כפתורים באוזניים? אחר: _____	ב. שם המלווה _____ תעודת זהות- _____ מס' טלפון נייד _____ הקרבה לילד/ה: אח, אחות, שכן, קרוב משפחה, קרבה אחרת _____
5. האם ילדכם עבר אישפוז ארוך, תאונה, מחלה קשה, ניתוח? לא/כן. פרט: _____	4. היה ואני מעוניין כי בני/בתי ילקח ע"י מבוגר ששמו אינו מאוזכר לעיל אני מתחייב להודיע על כך מראש למנהלת המעון. במקרה כזה, תתאפשר הוצאת בני/בתי רק עם הצגת תעודת זהות של המלווה
6. האם ילדכם נוטל תרופות באופן קבוע? כן/לא. פרט: _____	
7. בכל מקרה של מגבלה ו/או בעיה רפואית כמפורט בסעיפים 2-3, הנני מתחייב לחתום גם על כתב התחייבות מיוחד ביחס לילד/ה עם מגבלה רפואית שיימסר לנו ואישור מרופא מקצועי ולנהוג בהתאם לאמור בו. זהו תנאי הכרחי לקבלת הילד למעון.	
8. הנני מתחייב להודיע למנהלת המעון באופן מיידי על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי ועל כל בעיה ו/או מגבלה שתתגלה וזאת מיד עם התגלותה.	
9. במידה ובמהלך השנה תתגלה בעיה רפואית ו/או התפתחותית הפוגעת בתפקודו התקין של המעון ו/או מסכנת את שלום הילדים, תהא חברת כיוונים רשאית להפסיק שהייתו של הילד במעון, בתיאום עם ההורים.	
10. אנו מצהירים כי ילדנו קיבל את כל החיסונים הדרושים. כן/לא	
11. מידע רפואי: א. שם קופ"ח וסניף: _____ ב. שם הרופא המטפל: _____ ג. טיפת חלב, סניף: _____ ד. הערות: יש לצרף מסמכים אודות המגבלה/הבעיה	

ולראיה באנו על החתום:

חתימת האם: _____ חתימת האב: _____ תאריך: _____