

## "גן האוניברסיטה"

### הסכם הורים לשנה"ל תשפ"ג 2022-2023

אנו שמחים שבחרתם לרשום את ילדיכם ל"גן האוניברסיטה" בשיתוף פעולה של המינהל הקהילתי הגבעה הצרפתית והסביבה יחד עם האוניברסיטה העברית- מכון חרוב. מדובר בגן ילדים רב תרבותי מודע הקשר אשר שם דגש על ערכים של קהילתיות, שיתוף ילדים, ילדות, ומגוון!

אנו מזמינים אתכם להיות חלק מהמשפחה הייחודית שלנו. המסמך שלפניכם נועד להסדיר את אופן ההתנהלות בין המרכז הקהילתי לבינכם ההורים. המרכז הקהילתי כפוף לנהלים והנחיות הפיקוח הראשוני להפעלת מסגרת מעון ממשרד החינוך. אנו מאחלים לכולנו שנת לימודים טובה ובטוחה. האמור בהסכם זה בלשון זכר והכוונה הינה לשני המינים.

#### 1. פרטי התקשרות:

שם פרטי של הילד.ה:	שם משפחה:
מין: ז / נ	ת.ז.
תאריך לידה:	כתובת מגורים:
תאריך לידה עברי:	קופ"ח:
תאריך מילוי הטופס:	תאריך כניסה למעון:
שם ההורה 1: ת.ז.	שם ההורה 2: ת.ז.
עיסוק:	עיסוק:
טלפון נייד:	טלפון נייד:
טלפון בעבודה:	טלפון בעבודה:

דוא"ל:

דוא"ל:

שם איש קשר למקרה חירום:	טלפון איש קשר למקרה חירום:
-------------------------	----------------------------

במקרה של הורים גרושים, יש לצרף שתי הסכמות ומידע רלוונטי על סדרי ראייה.

2. מידע כללי ומועדי הפעלה:

הגן מיועד לגילאי 1.10 עד 3.5 שנים.

א. המעון יפעל מיום 01 ספטמבר 2022 ועד ליום 8.8.2023. מיקום המעון: ההגנה 13 ירושלים  
המעון לא יפעל בערבי חגים, חגים ובחופ"מ פסח וסוכות.  
לוח חופשות יפורסם בתחילת שנה.

ב. המעון לא יפעל בימים בהם תהיה הנחייה של משרד הבריאות/הרשות המקומית / פיקוד  
העורף לסגור את המעון. על כך תתקבל הודעה בנפרד.

ג. משך הפעילות:

ימים א-ה 7:20-16:10

יום ו' 7.30-12.10

שעות סגירת המעון:

- א. ההורים מתחייבים להוציא את הילד לא יאוחר מהזמן המפורט בסעיף 2ג.
- ב. המרכז הקהילתי יחייב את ההורים בגין איחור בהוצאת הילד בסך של 25 ש"ע עבור 15 הדקות הראשונות, כל 10 דקות נוספות יחויבו ב-10 ש"ע נוספים.
- ג. התשלום בגין איחורים יתבצע במזכירות המרכז הקהילתי באמצעות גבייה בהוראת קבע.

3. ארוחות:

ארוחת בוקר

ארוחת צהריים- ע"י קייטרינג

ארוחת מנחה

4. הולכת ילדים:

- א. האחריות לילד מצאתו מהבית ועד הגעתו למעון וכן מתום הפעילות עד הגעתו הביתה, תחול על ההורים ותתבצע על ידם או על ידי אדם מבוגר (מעל גיל 18) אחר מטעמם.
- ב. הסעות ילד למעון או ממנו באמצעות חברת הסעות, אם תעשה, הינה באחריות המלאה והבלעדית של ההורים ותתבצע על ידם או על ידי אדם מבוגר (מעל גיל 18) אחר מטעמם.



**מנהל קהילתי**  
**הגבעה הצרפתית והסביבה**

מס' עמותה: 580285609  
רח' ההגנה 13 י-ם 97851  
טל: 02-5416000  
פקס: 02-5323748  
givazarf@matnasim.org.il

ג. הוצאת ילד תעשה על פי טופס הולכת ילדים למעון והחזרתם לביתם (נספח ג')

5. שגרת קורונה:

א. במקרה חוזר של התפשטות נגיף הקורונה, או נגיף אחר, המתנ"ס כפוף להנחיות ונהלים המתפרסמים מעת לעת. מתוקף כך, ייתכנו שינויים בהפעלת המעון, בגביית הכספים. בנוהל כניסה ויציאה למעון, ובהנחיות בריאותיות. אנו נפעל על פי ההנחיות המחייבות, אשר יובאו לידיעתכם, לרבות מצבי סגר, בידוד, שגרה חלקית ושעות הפעלה.  
ב. בידוד: נאסר על הורה בבידוד או עם תסמינים להגיע לשטח המעון. בידוד במשפחת הפעוט, מחייבת הנחיית משרד הבריאות בנוגע לכניסתו למעון. ילד שמסיים תקופת בידוד, יש לפעול לפי הנחיות משרד הבריאות בנוגע לחזרתו עם תום תקופת הבידוד. הורה אשר עובר על ההנחיות הנ"ל ולא נשמע להוראות, יורחק מהמעון לאחר אזהרה. במקרה בו יתגלה מקרה הדבקות במעון, נפעל ע"פ הנחיית משרד הבריאות.

6. תשלום:

א. סכום התשלום עבור המעון לחודש עומד על 3000 ₪. התשלום הינו עבור 12 חודשים אשר מחולקים ל-11 תשלומים. העלות השנתית הכוללת לגן עומדת על סך 36,000 ₪ שתחולק ל-11 תשלומים, הווה אומר: 3,273 ₪ לחודש.

בחודש אוגוסט 2022 יתווסף על הסכום החודשי תשלום חד פעמי של דמי רישום בסך 133 ש"ח + ביטוח בסך 35 ₪.

התשלום הראשון יעמוד על סך 3,441 ש"ח (בניכוי מקדמה באם שולמה)

ב. הסכום השנתי יכלול דמי הרשמה בסך 133 ₪ שלא יוחזרו במידה וההורים מבטלים את ההרשמה, וכן דמי ביטוח בסך 35 ₪ ייגבו כתוספת לתשלום הראשון. בנוסף, תיגבה מקדמה על חשבון שכר לימוד של חודש ספטמבר 2022 בסך 570 ₪. במידה של ביטול אין החזר של המקדמה.

7. גבייה

- א. הגבייה תיעשה חודש מראש.
- ב. גבייה תעשה במזכירות המרכז הקהילתי באמצעות חיוב הוראת קבע בלבד.
- ג. התשלום יתבצע באמצעות הוראת קבע אשראי, בפריסה של 11 תשלומים עוקבים.
- ד. שכר הלימודים יפרע גם בהעדר הילד מהמעון עקב חופשה, מחלה בידוד או כל סיבה שהיא.
- ה. כל פיגור בתשלום יקנה למרכז הקהילתי את הזכות לדרוש את הוצאתו של הילד בהתראה של 30 ימים בכתב ומראש.
- ו. הוראת תשלום שחזרה תחויב בסך של 20 ₪ בגין הוצאות טיפול, ובמקרה זה התשלום יעשה במזומן בלבד, לא יאוחר משבוע ימים מיום החזרת ההוראה.
- ז. באחריות ההורים לדווח על כל שינוי בפרטי הוראת הקבע שנמסרו למרכז הקהילתי.



מנהל קהילתי

הגבעה הצרפתית והסביבה

מס' עמותה: 580285609

רח' ההגנה 13 ים-97851

טל: 02-5416000

פקס: 02-5323748

[givazarf@matnasim.org.il](mailto:givazarf@matnasim.org.il)

ח. תאריך ביצוע בהוראת קבע יתבצע בכל 10 או 5 לחודש. אם תאריך החיוב אינו ביום עסקים  
ההורדה תתבצע ביום העסקים שלאחר מכן.

8. ביטולים

ביטולים עד לתחילת שנת הלימודים:

ניתן לבטל את העסקה תוך 14 ימים מיום חתימת ההסכם ועד 14 ימים, שאינם ימי מנוחה לפני  
מועד תחילת השירות.

במקרה של ביטול מתחת ל-14 ימים לפני מועד תחילת השירות – לא יוחזרו דמי הרישום.

שיעור דמי הביטול: 5% מערך העסקה או 100 שוהנמוך מבניהם.

כל הודעה בדבר ביטול ההתקשרות יש לשלוח בדוא"ל [givazarf@matnasim.org.il](mailto:givazarf@matnasim.org.il) ולאשר קבלת

הדוא"ל במזכירות בטל"02-5416000.

9. ביטולים לאחר תחילת שנת הלימודים:

א. בקשת ביטול שתוגש עד ל-15 לכל חודש תחייב את ההורים בתשלום שכר לימוד עבור אותו  
חודש+ חודשיים נוספים. הילד רשאי להישאר עד לסוף אותו חודש.

בקשת ביטול שתוגש לאחר ה-15 לכל חודש תחייב את ההורים בתשלום שכר הלימוד בעבור  
החודש העוקב + חודשיים נוספים.

את ההודעה בדבר ביטול ההתקשרות יש לשלוח בדוא"ל למרכז הקהילתי ולאשר קבלת הדוא"ל.

ב. במקרה של הפסקת ההשתתפות במעון לאחר 1/2/2023 יחויבו ההורים בתשלום דמי  
ההשתתפות עד לסוף שנת הפעילות.

במידה ויימצא, בין אם ע"י ההורים המבטלים ובין אם ע"י המינהל, ילד שימלא את המקום שהתפנה  
ויהיה מקובל על צוות הגן, יחויבו ההורים המבטלים במלוא התשלום עד סוף החודש שבו נכנס הילד  
החדש לגן ובתשלום עבור חודש אחד נוסף.

בכל מקרה של הוצאת הילד מהמעון במהלך שנת הלימודים יחויבו ההורים בתשלום יחסי עבור  
חודש אוגוסט.

ג. למרות האמור לעיל, לכל הורה שמורה הזכות לחודש ניסיון, בחודש הראשון לקבלת הילד,  
אם החליטו ההורים להפסיק את ביקור הילד בגן, יהיו זכאים ההורים לקבל חזרה את יתרת  
התשלומים למעט התשלום המלא עבור חודש זה.

10. תשלום מחמת עזיבת ילד במהלך שנת הלימודים:

א. בידי המרכז הקהילתי שמורה הזכות להוציא ילד מהמעון מסיבות פדגוגיות או בריאותיות  
או במקרים בהם לא עמדו ההורים בהתחייבותיהם ובלבד שהדבר יעשה בהתראה בכתב של חודש  
מראש.

ב. ההורים לא יהיו זכאים להחזר כספי או אחר במקרה של אסון טבע, שלג כבד, מלחמה או סגירת המעון בהוראת פיקוד העורף/הרשות המקומית/משרד הבריאות /ואו בשל הנחיות רגולטוריות הקשורות לבריאות הציבור וכדומה שימנע הפעלה תקינה של המסגרת אלא אם נקבע אחרת בהנחיות משרד החינוך.

11. מסגרת הפעלה מצד המינהל:

ההחלטה לגבי מספר הילדים, ולגבי מספר זדהות אנשי הצוות במסגרת, תקבע לפי שיקולים

פדגוגיים ותפעוליים על ידי צוות המינהל הקהילתי עם סיום הרישום.

ייתכנו שינויים במהלך השנה במספר הילדים ואנשי הצוות בגן.

המינהל מתחייב להודיע להורים על כל שינוי קבוע שכזה, וישתדל להודיע גם על שינויים חד

פעמיים.

המינהל שומר לעצמו את הזכות לא לפתוח את המסגרות או איחוד המסגרות במקרה של מיעוט נרשמים למסגרת על פי שיקול דעתו. במקרה בו לא תפתח המסגרת יוחזרו כל הכספים להורים במלואם ומעבר לכך לא יבואו בכל דרישה או טענה.

12. הצהרה על בריאות הילד:

א. ההורים מתחייבים למסור כל מידע רפואי של הילד היכולה להשפיע על תפקוד הילד במסגרת ועל הטיפול בו.

ב. יש למלא בהקפדה את כל הנתונים שבטופס ההצהרה והמידע על בריאות הילד שבנספח א' ולעדכן במשך השנה בכתב על כל שינוי במצב הבריאותי של הילד.

ג. בכל מקרה של ילד הסובל ממגבלה ו / או הפרעה כלשהי, מתחייבים ההורים לצרף אישור מהרופא שהילד יכול להשתתף במעון.

הנחיות משרד הבריאות בנוגע למחלות /תסמינים בהם הילדים לא יוכלו להגיע למעון משתנות מעת לעת- ועל ההורים וצוות המעון לפעול לפי הנחיות אלה.

ד. ההורים מתחייבים לא לשלוח את הילד ביום בו חום גופו מעל 38 מעלות צלסיוס ו / או שלשולים ו /או הקאות ו / או פריחה ו/או דלקות עיניים. ילד שחלה בזמן שהותו במעון, יעשה ניסיון לאתר את

ההורים אשר מתחייבים להוציאו מהמעון בסמוך ככל האפשר לקבלת ההודעה הטלפונית.

ה. ילד יוכל לשוב למסגרת לאחר 48 שעות בבית מתום יום הלימודים הקודם, ללא הופעת

סימפטומים של המחלה. יש להביא אישור רופא לאחר היעדרות בת ארבעה ימים.

ו. על פי הנחיות משרד הבריאות חל איסור על צוות המעון לתת תרופות לילדים, לרבות אקמול או כל מוריד חום אחר.

ז. כל הוצאות הכרוכות במתן טיפול חירום לילד חולה במעון יחולו על ההורים.

ח. במקרה בו הילד נדרש לסייעת צמודה באחריות ההורים לדאוג לסייעת צמודה ולמען הסר ספק המרכז הקהילתי לא יישא בעלות הסייעת.



### 13. שמירה ואבטחה

א. המינהל הקהילתי אינו אחראי ישירות ו/או בעקיפין לשמירה ואבטחה ואינו משתתף בצורה כלשהי בתקציב הוצאות השמירה והאבטחה.

ב. במידה ויוחלט ע"י ההורים להציב שומר בשער, עליו לעמוד בקריטריונים של מאבטח מוסדות חינוך.

ג. יובהר כי כל החלטה עתידית על הצבת שמירה נוספת בפעוטונים, אינה כלולה בתשלומי ההורים כמפורט בהסכם זה והחלטה לגביהם תתקבל בנפרד, וכך גם לגבי העלויות.

מס' עמותה: 580285609  
ההגנה 13 י-ם 97851  
טל: 02-5416000  
פקס: 02-5323748  
givazarf@matnasim.org.il

### 14. שימוש בתמונות של ילדים:

- א. הריני מאשר לצלם את ילדי ולשלוח את התמונות בקבוצת הוואטסאפ של המעון ו/או העלאה של התמונות לדף הפייסבוק של המתנ"ס ו/או אתר האינטרנט של המרכז הקהילתי ו/או פרסומת של המרכז הקהילתי.
- ב. הריני מאשרים קבלת מסרונים ו/או דואר אלקטרוני הקשורים לפעילות המתנ"ס.
- ג. הננו מודעים לכך, כי מטרת הפרסום אינה למטרת עשיית רווח על ידי המתנ"ס וכי פרסום התמונה אינו נעשה באופן משפיל או מבזה, ומכאן ניתנת הסכמתנו.
- ד. הננו מתחייבים בזאת, כי לא תעלה על ידיו ו/או על ידי מי מטעמו כל טענה ו/או טרוניה ו/או עילת תביעה בגין שימוש המתנ"ס בתמונת בני/בתי באתר האינטרנט של המתנ"ס או בחוברת החוגים שלו, או בכל מדיית תקשורת אחרת של המתנ"ס, לרבות טענה בדבר פגיעה בפרטיות.

על החתום

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ ת. ז. \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ -

יובהר כי אין במילוי טופס זה והחזרה כל התחייבות מצד המינהל הקהילתי הגבעה הצרפתית לקבלתו/ה של הילד/ה למעון.

ידוע לי כי קבלת הילד/ה מותנית ב-שיקולים פדגוגיים וצרכים משתנים. הודעה סופית תתקבל בסיום ההרשמה.

על החתום:

שם ההורה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



**מנהל קהילתי**  
**הגבעה הצרפתית והסביבה**

מס' עמותה: 580285609

ת"ד ההגנה 13 י-ם 97851

טל: 02-5416000

פקס: 02-5323748

givazarf@matnasim.org.il

## נספח א' – הצהרת מידע בדבר בריאות הילד

סמונא במקומות הרלוונטיים.

שם הילד: \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

1. לא ידוע לי על בעיה ו / או מגבלה בריאותית ו / או מגבלה אחרת ממנה סובל / ת בני / בת

והמחייבת התייחסות ו / או טיפול במסגרת המעון.

2. לבני/ בתי יש בעיה ו / או מגבלה בריאותית ו / או מגבלה אחרת המחייבת התייחסות ו / או

טיפול מיוחד במסגרת המעון.

פרט: \_\_\_\_\_

3. רגישות ו / או אלרגיה למזון, תרופות או לגורם אחר: \_\_\_\_\_

(יש למלא טופס מותאם המצ"ב)

4. ליקוי שמיעה ו / או ראייה \_\_\_\_\_

5. התעלפויות ו / או התכווצויות ו / או התקפי עצירת נשימה, פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. אחר \_\_\_\_\_ :

\_\_\_\_\_

12. הנני מתחייב / ת להודיע למרכז הקהילתי מידית על כל בעיה ו / או מגבלה שהתגלתה וזאת

מיד עם גילוייה.

13. בכל מקרה של מגבלה ו / או בעיה רפואית, הנני מתחייב / ת לחתום על כתב התחייבות

מיוחד

7. ביחס לילד על מגבלה רפואית שיימסר לנו ולנהוג בהתאם לאמור בו.

14. בכל מקרה בו הטיפול מחייב סייעת צמודה באחריותי לדאוג לקבלת סייעת צמודה

15. מדידת חום: הנני מאשר למטפלת למדוד חום לילד שלי במד חום דיגיטלי.

16. מידע רפואי: \_\_\_\_\_

סוג הדם \_\_\_\_\_ :

שם קופ"ח והסניף \_\_\_\_\_

טיפת חלב סניף \_\_\_\_\_

הערות: יש לצרף מסמכים רפואיים אודות המגבלה והבעיה. חל איסור על צוות המעון לתת תרופות

לילדים, לרבות אקמול.

שם: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



**מנהל קהילתי**  
**הגבעה הצרפתית והסביבה**

מס' עמותה: 580285609  
רח' ההגנה 13 י-ם 97851  
טל: 02-5416000  
פקס: 02-5323748  
givazarf@matnasim.org.il

נספח ב'

טופס רישום לגן במרכז הקהילתי \_\_\_\_\_ שנה"ל תשפ"ג 2022-2023

שם המסגרת: \_\_\_\_\_

נא למלא את הפרטים בכתב ברור:

פרטי הילד / ה

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם הילד / ה: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז. : כולל ספרת ביקורת / \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ :

כתובת: \_\_\_\_\_

קופ"ח: \_\_\_\_\_

תאריך כניסה למעון: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

פרטי הורים:

שם האם: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז. : כולל ספרת ביקורת / \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

מספר טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז. : כולל ספרת ביקורת / \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_

מספר טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

שם איש קשר למקרה חירום: \_\_\_\_\_

טלפון איש קשר למקרה חירום: \_\_\_\_\_

הוראת קבע:

א . הריני מאשר קבלת טופס הוראת קבע בתאריך. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ב . מתחייב להחזיר חתום עד לתאריך. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ג . מאשר לחייב בהוראת קבע חתומה משנת קודמת \_\_\_\_\_

על החתום:

שם ההורה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_





**מנהל קהילתי**  
**הגבעה הצרפתית והסביבה**

מס' עמותה: 580285609  
רח' ההגנה 13 י-ם 97851  
טל: 02-5416000  
פקס: 02-5323748  
givazarf@matnasim.org.il

**נספח ג'**

**הולכת ילדים למעון והחזרתם לביתם**

שם המעון: גוונים, הגבעה הצרפתית

1. בני/בתי יגיע/תגיע כל בוקר למעון ויוצא/תוצא ממנו בליוויית אדם מבוגר מטעם המשפחה.

2. שמות המבוגרים הרשאים להוציא את בני/בתי מהמעון:

שם \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

קרבה \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

3. אם אהיה מעוניין כי בני/בתי יילקח על ידי אדם אחר שאינו מאוזכר לעיל, אני מתחייב

להודיע על כך למנהלת המעון / אחראית כתה

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_



**מנהל קהילתי**  
**הגבעה הצרפתית והסביבה**

מס' עמותה: 580285609  
רח' ההגנה 13 י-ם 97851  
טל: 02-5416000  
פקס: 02-5323748  
givazarf@matnasim.org.il

לכבוד המרכז הקהילתי הגבעה הצרפתית והסביבה

א.ג.נ.,

הנדון: כתב הצהרה והתחייבות - ילד עם מגבלות אלרגיות במעון

אנו הח"מ:

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

כתובת: \_\_\_\_\_

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

כתובת: \_\_\_\_\_

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

הסובל ממגבלה אלרגית: \_\_\_\_\_

( פירוט המגבלה )

התסמינים של האלרגיה: \_\_\_\_\_

( פירוט התסמינים )

הדורשת השגחה וטיפול כדלקמן:

---

---

---

---

( פירוט ההשגחה והטיפול )

מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

1. ילדנו/תנו סובלת/ת מן המגבלה/ות האלרגית/ות המפורטת/ות מעלה והוא/היא זקוק/ה לטיפול והשגחה מעת לעת, כמפורט לעיל.
2. הננו מתחייבים להמציא מייד בסמוך לרישום ולא יאוחר מ-7 ימים ממועד החתימה מסמך רפואי מהאלרגולוג המטפל, שבו תתואר האלרגיה שהתלמיד סובל ממנה. במסמך המזוונות והחומרים שהילד אלרגי אליהם, התסמינים הטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד במקרה של חשיפה.
3. אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה האלרגית וחרף ההשגחה והטיפול הרפואיים הנדרשים מעת לעת לילדנו/תנו שהוא/היא ישתתף/תשתתף בפעילות ב מעון הנערכת על ידכם או מטעמכם.
4. אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר רלבנטי למצבו/ה של ילדנו/תנו, ובכלל.
5. אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות המעון בילדנו/תנו בקשר למגבלות האלרגיות שמהן הוא/היא סובלת/ת, לפי הפירוט דלקמן:



## מנהל קהילתי

הגבעה הצרפתית והסביבה

מס' עמותה: 580285609  
רח' ההגנה 13 י-ם 97851  
טל: 02-5416000  
פקס: 02-5323748  
givazarf@matnasim.org.il

( לפרט האמצעים הנדרשים )

6. כמו כן הננו מתחייבים להפקיד במעון מזרק בר - תוקף בקופסת התרופות לשעת חירום, תוך ציון שמו של היילד/ה ופרטיו/ה וכן תצלום של כרטיס קופת החולים . מזרק נוסף, ועליו שם , ימצא בתיק האישי של היילד/ה ידוע לנו שבאחריותנו להחליף את המזרק כאשר תמה תקופת התוקף של המזרק.

7. אנו מתחייבים להמציא לכם אישור רפואי בדבר יכולתו/ה של ילדנו/תנו להשתתף בפעילות המעון, בדבר הטיפולים הנדרשים, 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, וכן ובמיוחד אישור המפרט אם היילד/ה נזקק/ת למלווה צמוד במעון או שניתן לשהות במעון ללא מלווה. על האישור הרפואי לפרט את מהות הרגישות האלרגנית של היילד/ה והאם ובאלו מקרים הרגישות עלולה להתפרץ (אכילה, מגע, חשיפה לריח וכדומה).

8. אנו מתחייבים להמציא לכם את מספר הטלפון הנייד שלנו ושל הרופא המטפל כדי שתוכלו לפנות אלינו או אליו בשעת הצורך.

9. באחריותנו להעביר לצוות הרלוונטי בגן את כל המידע, על מנת שהמרכז הקהילתי יידע את כל הורי מסגרת המעון לקראת פתיחת שנת הלימודים , וכן באסיפת ההורים הראשונה, על המגבלות התזונתיות החלות על תלמידי הכיתה והמסגרת , וכן על האיסור להכניס את האלרגן למרחבי השהייה שיוגדרו.

10. באחריותנו לאשר את הרכב המזון. ידוע לנו כי ככל שלא נאשר את הרכב המזון, נוכל לספק לילדינו את המזון המותאם באופן עצמאי ובהתאם יקוזז מהתשלום החלק היחסי.

11. ידוע לנו כי מצב של אלרגיה למזון המסכנת חיים נכלל בתבחינים המאפשרים קבלת סיוע ממוקד מהוועדה הבין משרדית להעסקת מלווה אישית )סייעת רפואית( בחינוך הרגיל. עלינו כהורים לדאוג למענה זה.

12. אנו מייפים את כוחו של צוות המעון להעניק לילד את הטיפול המתואר במסמך הרפואי בכל מקרה שבו יפתח הילד תגובה אלרגית. כל זאת מבלי שתהיה בכך משום הטלת חובה או אחריות על מרכז הקהילתי.

13. אנו מתחייבים לשתף פעולה עם צוות המעון והאחראים בו, בכל הנוגע לטיפול ולהשגת ילדנו/תנו.

ולראיה באנו על החתום,

תאריך \_\_\_\_\_ שם ההורים \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_



**מנהל קהילתי**  
**הגבעה הצרפתית והסביבה**

מס' עמותה: 580285609  
רח' ההגנה 13 י-ם 97851  
טל: 02-5416000  
פקס: 02-5323748  
givazarf@matnasim.org.il

אל: \_\_\_\_\_

הנדון: מתן טיפול תרופתי מציל חיים במעון לילד שאובחן כלוקה באלרגיה ( מילוי באחריות הרופא).

הילד: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

אבחנה רפואית:

ביטוי ביום- יום

במקרים הבאים:

שהמאפיינים שלהם הם:

יש לתת לילד/ה את התרופה:

(יש לכתוב באותיות דפוס לטיניות)

במינון כדלקמן:

על שינוי חריג במצבו בריאותו/ה יש להודיע להורי הילד/ה, או, במידת הצורך, לפנותו/ה למוקד חירום מד"א, מרפאה או בית חולים.)  
הריני לאשר כי הילד/ה רשאי/ת לבקר במעון וכי אפשר לתת לו/ה את הטיפול התרופתי מציל חיים במסגרת המעון.

הבקשה תקפה מתאריך: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים)

\*המלצה לסייעת - כן/לא בהיקף יום מלא / חלקי מס' שעות ביום: \_\_\_\_\_

המוסד הרפואי

מס' רישיון

שם פרטי ומשפחה

חתימה וחותמת הרופא \_\_\_\_\_