

לכבוד
החברה העירונית לתרבות ופנאי באשדוד בע"מ (חל"צ) (ח.פ. 511757114)
מרח' הקליטה 4 אשדוד
(להלן - "החברה")

הנדון: כתב הצהרה והתחייבות לקליטה בצהרון/קייטנה של ילד/ה עם מוגבלות רפואית

אנו, ההורים הר"מ:

	שמות ההורים (פרטי ומשפחה)
	ת.ז.
	טלפון בית
	טלפון נייד
	כתובת

כתובת דוא"ל:

ההורים של הילד/ה/ה שפרטיו/ה הינם כדלקמן (להלן - "הילד/ה"):

שם פרטי ומשפחה	מס' ת.ז.	מין ז / נ	כתובת
תאריך לידה	שם הגן/בית ספר	כיתה (ב"ס בלבד)	טלפון חירום
שם קופ"ח	כתובת קופ"ח	שם רופא מטפל	

מצהירים ומודיעים לכם בזאת, כדלקמן:

1. הילד/ה סובלת/ת ממוגבלה רפואית כמפורט להלן (להלן - "המוגבלה הרפואית"):

2. מצ"ב לטופס זה מסמך רפואי חתום על ידי אלרגולוג מומחה ובו מצויינים סוג האלרגיה, התסמינים והטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד/ה במקרה של חשיפה למזון אלרגני וכן האם נדרש לילד/ה סיוע, ליווי ותמיכה של סייעת/ת (להלן - "המסמך הרפואי").

3. ידוע לנו כי אין לחברה הסדר מימון ממשרד החינוך ו/או רשויות אחרות ביחס לעלות העסקת סייעת/ת אישית/ת כאמור ועל כן בכל מקרה החברה לא תספק סייעת/ת אישית/ת לילד/ה.

4. ככל שהרופא המומחה קבע במסמך הרפואי המצ"ב כי נדרשת לילד/ה סייעת/ת אישית/ת צמוד/ה בכלל או בצהרון/קייטנה בפרט, אזי אנו אחראים להסדרת העסקתה של הסייעת/ת האישית/ת בין אם על חשבוננו ובין על חשבון הרשויות וכן אנו אחראים לתדרך את הסייעת/ת באשר לתפקיד.

5. אנו מתחייבים לספק לצהרון/קייטנה על חשבוננו את הטיפול התרופתי הנדרש לילד/ה על פי המסמך הרפואי ולחדשו בהתאם לתאריכי התפוגה הרשומים שעל התרופות.
6. ידוע לנו כי לצוות הצהרון/קייטנה אין כל הכשרה רפואית או אחרת לזהות מקרה של התפרצות אלרגיה או להעניק טיפול רפואי במקרה של התפרצות אלרגיה.
7. מבלי לגרוע מן האמור לעיל, אנו מסמיכים את צוות הצהרון/קייטנה להעניק לילד/ה את הטיפול המצויין במסמך הרפואי בכל מקרה שבו יפתח הילד/ה תגובה אלרגית ומצהירים בזאת כי לא תהינה לנו כל טענות ו/או תביעות כלפיכם בעקבות אופן מתן הטיפול הרפואי, לרבות אם יינתן שלא לצורך ו/או בקשר לחשיפה לחומרים אלרגניים שאינה תלויה בצוות הצהרון.
8. ידוע לנו כי בכל מקרה של מתן טיפול רפואי מניעתי של טיפול אנטי היסטמיניות או מזרק אפיפן בצהרון/קייטנה, תפנה החברה את הילד/ה לבית החולים באמבולנס ואנו נקבל על כך עדכון בהקדם האפשרי. החברה תישא בעלות הפינוי באמבולנס.
9. אנו מתחייבים לקחת חלק באסיפות הורים ובפגישות עם צוות הצהרון בהן יימסר מידע ותינתן הדרכה בעניין המגבלה הרפואית ממנה סובל הילד/ה.
10. אנו מתחייבים לקחת חלק בהדרכות של תזונאית ככל שיתעורר הצורך להדריך את צוות הצהרון/קייטנה בכדי לעורר מודעות למניעת התפרצות האלרגיה.
11. ידוע לנו כי בתקינת כח האדם הקיימת ובמספר הילד/הים השוהים בצהרונים/קייטנה, לא ניתן להבטיח ו/או להתחייב למניעה מוחלטת של חשיפת הילד/ה למוצרים המכילים חומרים המעודדים התפרצות האלרגיה.
12. אנו נותנים לכם ו/או לעובדיכם ו/או מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם, רשות להביא לידיעת כלל ההורים בצהרון/קייטנה בו מבקר הילד/ה את פרטי המגבלה הרפואית של הילד/ה, זאת על מנת שניתן יהיה לעדכן את ההורים לילד/הים המשתתפים בצהרון /קייטנה באשר למגבלה הרפואית כאמור, לקידום תהליכי מניעה.
- אנו משחררים אתכם ו/או את עובדכם ו/או מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירת סודיות רפואית בכל הנוגע למגבלותיו הרפואיות של הילד/ה ומוותרים על סודיות זו, ולא תהיה לנו אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 ו/או כל דין אחר.
13. ידוע לנו כי על סמך ההצהרות והתחייבויות דלעיל נתתם הסכמתם לאפשר לילד/ה להשתתף בצהרון/קייטנה חרף מגבלותיו הרפואיות.

ולראיה באנו על החתום, ביום _____:

שם ההורה	ת.ז.	תאריך	חתימה