



פנאי העיר חדרה
יצירה | קהילה | מצוינות

תאריך: _____

לכבוד
צוות הרצף החינוכי- חדרה

א.ג.נ.,

הנדון: כתב הצהרה והתחייבות - ילד עם מגבלות אלרגניות בצהרון

אנו הח"מ:

1. שם: _____ משפחה: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____
2. שם: _____ משפחה: _____ ת.ז. _____ כתובת: _____

הננו הורי ואפטרופסים של הילד/ה: _____

_____ הסובל ממגבלה אלרגנית:
(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 האלרגנית/ות המפורטת/ות מעלה והוא/היא זקוקה/ 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 המזונות והחומרים שהילד אלרגי אליהם, התסמינים הטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד במקרה של חשיפה.

3. הרינו מודעים לכך שאין אפשרות להרחיק את כל האלרגנים מהמסגרות החינוכיות או מיתר המרחבים שמתקיימות בהן פעילויות הצהרון.

4. אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה האלרגנית וחרף ההשגחה והטיפול הרפואיים הנדרשים מעת לעת לילדנו/תנו שהוא/היא ישתתף/תשתתף בפעילות בצהרון הנערכת על ידכם או מטעמכם.

5. אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר רלבנטי למצבו/ה של ילדנו/תנו, ובכלל.

6. אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות הגן, בילדנו/תנו בקשר למגבלות האלרגניות שמהן הוא/היא סובלת, לפי הפירוט דלקמן:

(לפרט האמצעים הנדרשים)

7. כמו כן הננו מתחייבים להפקיד במתקן שבו הצהרון מתקיים מזרק בר-תוקף בקופסת התרופות לשעת חירום, תוך ציון שמו של התלמיד ופרטיו וכן תצלום של כרטיס קופת החולים שהוא מבוטח בה. מזרק נוסף, ועליו שם, יימצא בתיקו האישי של התלמיד. ידוע לנו שבאחריותנו להחליף את המזרק כאשר תמה תקופת התוקף של המזרק.

8. אנו מתחייבים להמציא לכם:

1. אישור רפואי בדבר יכולתו/ה של ילדנו/תנו להשתתף בצהרון בדבר הטיפולים הנדרשים, בדבר התרופות ושאר האמצעים הרפואיים והמאכלים המותרים (או האסורים) שיש או אין לספק לילד/ה.

2. אישור לגבי מי יכול ומוסמך מבחינתנו להעניק לילד טיפול רפואי בשעת הצורך

3. **וכן ובמיוחד אישור רפואי המפרט אם הילד/ה נזקק/ת למלווה צמוד בצהרון או שהוא יכול לשהות בצהרון ללא מלווה (אנא הקיפו כאן את ההנחיה המתאימה).** על האישור הרפואי **לפרט את מהות הרגישות האלרגנית של הילד/ה והאם ובאלו מקרים הרגישות עלולה להתפרץ (אכילה, מגע, חשיפה לריח וכדומה).**

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

10. באחריותנו ליידע את כל הורי מסגרת הצהרון 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 או לכל מתחם בית הספר, גן הילדים או הצהרון. הידוע ייעשה בתיאום עם התלמיד הסובל מאלרגיה ואיתנו.

11. 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.

12. ידוע לנו כי מצב של אלרגיה למזון מסכנת חיים נכלל בתבחינים המאפשרים קבלת סיוע ממוקד מהוועדה הבין משרדית להעסקת מלווה אישית (סייעת רפואית) בחינוך הרגיל. ככל שאין בכוונתנו להגיש בקשה לסיוע אז באחריותנו לתת את כל הסיוע הנדרש כדי לעמוד בכך.

13. יובהר, כי ככל שישנה הנחיה רפואית ו/או היעדר הסכמה מטעם ההורים/ אפוטרופוס לשהיית הילד בצהרון ללא ליווי סייעת צמודה- לא יהיה ניתן לקבל את הילד/ה לצהרון.

12. אנו מייפים את כוחו של צוות הצהרון להעניק לילד את הטיפול המצוין במסמך הרפואי בכל מקרה שבו יפתח הילד תגובה אלרגית. אנו מתחייבים לשתף פעולה עם צוות הצהרון והאחראים בו, בכל הנוגע לטיפול ולהשגת ילדנו/תנו.

12. ידוע לנו כי על סמך ההצהרות וההתחייבויות דלעיל הסכמתם לאפשר לבננו/בתנו להשתתף בצהרון חרף מגבלותיו הרפואיות.

ולראיה באנו על החתום,

תאריך: _____

האב

האם