



הסכם השתתפות בצהרונני הרצף החינוכי

שנת הלימודים תש"פ (ספטמבר 2019-יוני 2020)

שנערך ונחתם ביום _____

שם האב _____ ת.ז. _____ סלולר _____ כתובת: _____

שם האם _____ ת.ז. _____ סלולר _____ כתובת: _____

מבקשים לרשום את בני/בתי _____ ת.ז. _____

תאריך לידה _____ שם גן או בי"ס _____ כיתה _____ קופת חולים _____

הילד/ה לומד/ת בחינוך רגיל | לומד בחינוך המיוחד (נא לסמן את האופציה הנכונה)

הילד/ה בעל/ת רגישות למזון כן/ לא | במידה והילד/ה בעל/ת רגישות למזון אנא פרט מהי _____

כתובת דואר אלקטרוני: _____

פרטי המשלם ואמצעי התשלום: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____

לאמצעי תשלום סמן V : מזומן צ'קים אמריקן לאומי קארד ישראלכרט ויזה

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

מס' הכרטיס _____ / _____ / _____ / _____ / _____ תוקף הכרטיס _____ / _____

איך הגעת אלינו? אתר "פנאי העיר" / אתר עירייה / מכוון / עיתון / המלצה / סמס / _____

כללי:

1. הרצף החינוכי בבתי"ס ובגני הילדים, אשר נקבעו ע"י אגף חינוך בעירייה, יפעל במהלך שנת הלימודים תש"פ, בין התאריכים 30.6.2020-1.9.2019, בימים א'-ה'.
- לילדי הגנים - בין השעות 14:00-17:00
- לילדי בתי הספר - מסיום יום הלימודים ועד 16:30. (למעט שביתות וכיוצ"ב בהם תהינה הנחיות ספציפיות) לוח החופשות ע"פ משרד החינוך.
2. הרישום הינו לשנת לימודים מלאה.
3. פתיחת צהרונים, ע"פ מינימום מספר נרשמים. במידה והצהרון לא יפתח, תימסר הודעה.
4. לא ניתן להירשם לצהרון לחודש בודד.
5. הצהרון כולל:
 - ✓ צוות חינוכי – מובילה + סייעת, ע"פ מס' הילדים בצהרון.
 - ✓ תכנית פדגוגית "צהריים טובים"
 - ✓ חוג העשרה
 - ✓ ארוחת צהריים חמה ומזינה בהתאם לחוזר משרד החינוך



6. ידוע לי כי פעילות העמותה מצולמת ואני מאשר/ת בחתימתי את פרסום תמונות בני/ בתי בערוצי המדיה השונים ובפרסומים עתידיים של פנאי העיר חדרה. בנוסף, אני מאשר קבלת מידע שיווקי לגבי פעילויות פנאי העיר חדרה במייל, SMS וכו'.
7. במידה והילד לומד במסגרת חינוך מיוחד (כיתה קטנה ו/או סייעת צמודה וכיוצ"ב), השתתפותו בצהרון מותנית באישור המפקחת על החינוך המיוחד העירונית.
8. במידה ומדובר ברישום ילד/ה להורים גרושים/ פרודים וכיוצ"ב- הריני מצהיר כי הרישום לפעילות על דעתו ובהסכמתו של ההורה השני של הילד.
ככל שאין הסכמה- באחריות ההורים לפנות למוקד השירות לתושב 04-9118806 להמשך רישום.

מחירים ותשלומים:

10. מחיר השתתפות בצהרון הינו 840 ₪ לחודש. עלויות הרצף החינוכי והסבסוד, ככל שניתן, כפופים לתכניות משרדי ממשלה וכיוצ"ב.
11. התשלום יבוצע בעת ההרשמה בכרטיס אשראי או המחאות דחיות עבור כל השנה. במקרה של המחאה חוזרת או ביטולה, תגבה העמותה עמלה + ריבית פיגורים כפי שנהוג.
12. ניכוי תשלום עבור הצהרון, יעשה בתנאים קבועים ואחידים ע"י העמותה ומידי חודש בחודשו. זמן הפירעון לא יאוחר מ-10 לחודש בלבד.
9. שכר הצהרון ישולם גם בגין ימים שבהם נעדר הילד מהצהרון בשל חופשה ו/או מחלה ו/או כל סיבה אחרת.
10. מובהר, למען הסר ספק, כי אי עמידה בתשלום, תגרור הפסקה מידית של השתתפות הילד בצהרון.
11. דמי רישום בסך 300 ש"ח, יקוזזו מהתשלום על החודש הראשון בצהרון.

איסוף:

1. איסוף הילד מהצהרון הוא באחריות ההורים.
- מצהרון בית הספר- לא יאוחר מהשעה 16:30.
 - מצהרון גן- לא יאוחר מהשעה 17:00.
1. בגין כל רבע שעה של איחור באיסוף הילד, יחויבו ההורים בתשלום של 25 ₪.
- ידוע להורים כי איחורים חוזרים ונשנים יחויבו בהוצאת הילד מן הצהרון ובהתאם לשיקולי מדיניות הנהלת העמותה.
2. האיסוף יעשה על ידי ההורים בלבד. בכל מקרה בו ההורים מעוניינים כי אדם אחר יאסוף את ילדם, עליהם לציין מראש את פרטיו של אותו אדם, **בכתב**, וגיל האוסף לא יפחת מגיל 13.
3. מובהר כי בצהרון בו יש איסוף רב של ילדים מגני ילדים הסמוכים לצהרון, תהא העמותה רשאית להוציא את הילדים מהגן לפני השעה 13:20. למען הסר ספק, ידוע להורים כי סירוב לאמור לעיל יגרום לעמותה קושי ממשי להעניק את השירות ותתכן ולא תהיה אפשרות לצרף את הילד לצהרון.



הצהרת בריאות

1. ההורים מצהירים בזה כי בריאות ילדם תקינה ואין שום מניעה או מגבלה רפואית העשויים למנוע את השתתפותו בצהרון ו/או להגבילו מלהשתתף בפעילות הצהרון.
2. על ההורים האחריות למסור לצוות העמותה, **מראש**, מידע מלא על בריאות הילד, לרבות ציון רגישויות, מגבלות, בעיות, מחלות כרוניות או הפרעות אחרות מהן סובל הילד, בצירוף אישור רפואי, כאמור, המהווה תנאי לקבלת הילד לצהרון.
3. ההורים מתחייבים לחתום על כתב התחייבות לקליטת ילד עם מוגבלות רפואית בצהרון (נספח נפרד). **במידה ויש לילד אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת לתלמיד בעל אלרגיה מסכנת חיים".**
4. ההורים מתחייבים לא לשלוח לצהרון את הילד, אם הוא חש שלא בטוב או סובל מחום, דלקת עיניים, מחלות מעיים ו/או כל מחלה אחרת.
5. ההורים יתייצבו בצהרון מיד עם קבלת דרישה מצוות הצהרון לאסוף את הילד, אם התברר במהלך יום הפעילות כי הוא סובל ממחלה או שאינו חש בטוב. ההורים ימסרו לעמותה ולצוות הצהרון פרטים מלאים ומספרי טלפון שבאמצעותם ניתן להשיגם במשך שעות היום ויקפידו לעדכן את העמותה על כל שינוי בפרטים אלו.
6. ההורים מצהירים כי ברור להם, שעל פי הנחיות משרד הבריאות, חל איסור על צוות הצהרון לתת לילד תרופות כלשהן.
7. הוצאות שתידרש העמותה להוציא עקב צורך בטיפול חירום לילד, ישולמו במלואן על ידי ההורים.

הפסקת השתתפות:

1. על הורי המשתתף להודיע **חודש ימים מראש ובכתב**, למוקד השירות לתושב של העמותה על בקשתם להפסקת שהות הילד בצהרון.
מס' טלפון מוקד השירות לתושב: 04-9118806, או דואר אלקטרוני pnay@pany.org.il.
בקשות לביטולים יטופלו אך ורק לאחר מילוי טופס ביטול והגשתו לעמותה. יש לוודא כי הבקשה נקלטה בעמותה. לא יעשו ביטולים בטלפון.
2. החל מתאריך 30.4.2020 לא ניתן יהיה לבטל השתתפות בצהרון, וההורים יחויבו בתשלום עד סוף שנת הלימודים.
יודגש כי במידה ותבוטל ההשתתפות לאחר ה-1.6.2019, לא יוחזרו דמי הרישום בסך 300 ₪.
3. ילד שנעדר מהצהרון מפאת מחלה או נעדר מכל סיבה אחרת שהיא, ישלם שכר לימוד מלא.
4. העמותה רשאית להחליט, על פי שיקול דעתה, כי הילד אינו מתאים להשתתף במסגרת הצהרון וזאת בשל סיבה חברתית, משמעתית, בריאותית או כל סיבה אחרת, תינתן התראה להורים, שבוע ימים מראש. גביית תשלומים בגין השתתפות בצהרון תיפסק, החל ממועד הפסקת השתתפות ואילך.

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הנתונים שנמסרו נכונים ולראייה באתי על החתום:



הצהרת בריאות

שם הצהרון _____ בחדרה

מאת הורי התלמיד/ה _____

מספר תעודת זהות _____ תאריך לידה _____

מצהיר בזאת כי:

לא ידוע לי על מגבלות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בצהרון.

יש לבני/בתי רגישות למזון כדלקמן: _____

במידה ויש לילד אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת לתלמיד בעל אלרגיה מסכנת חיים".

יש לבני/בתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בצהרון כדלקמן:

תיאור המגבלה (כולל אלרגיה למזון) _____

השתתפות בפעילות גופנית _____ השתתפות בטיולים _____

השתתפות בפעילות אחרת _____

מצ"ב אישור רפואי שניתן על י"ד _____ לתקופה של _____

יש לבני/בתי מגבלה כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכו'..)

מצ"ב אישור רפואי שניתן מאת _____ לתקופה של _____

שם + כתובת + מספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה _____

בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

שם התרופה _____

אופן הטיפול _____

בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הזה: משאף, ערכת זריקות ערכה טיפול וכו'

תאריך _____

שם ההורים _____



פנאי העיר חדרה
יצירה | קהילה | מצוינות

חתימת ההורים _____