



הסכם הורים לשנה"ל תשפ"ו 2025-2026

אנו שמחים שבחרתם לרשום את ילדיכם למעון של המרכזים הקהילתיים בית שאן
אנו משקיעים מאמצים רבים על מנת שילדכם יקבלו יחס חם ואוהב כמו גם, מענה מקצועי איכותי, הכולל
פעילות העשרה מותאמת גיל ומגוון פעילויות שייתרמו להתפתחותו.
המסמך שלפניכם נועד להסדיר את אופן ההתנהלות בין המרכז הקהילתי לבינכם ההורים.
המרכז הקהילתי כפוף לנהלים והנחיות החברה למתנסים – "רשת התחלה חכמה", משרד החינוך, משרד
העבודה, משרד הבריאות הרשות המקומית ופיקוד העורף.
ייתכנו שינויים בהפעלת המעון ובגביית הכספים במהלך השנה עקב גורמים משתנים, ואנו נפעל בהתאם
להנחיות המחייבות שיתקבלו מעת לעת.
אנו מאחלים לכולנו שנת לימודים טובה ובטוחה.

על מנת שילדכם יהיה רשום למעונות המרכזים הקהילתיים:

- יש להקפיד למלא את כל הפרטים הנדרשים ולחתום במקומות המיועדים לכך
- חובה להסדיר את אמצעי התשלום (כרטיס אשראי / העברה בנקאית קבועה) ולשלם במעמד ההרשמה דמי
רישום, ביטוח עבור הילד/ה ומקדמה ע"ח שכר הלימוד

ללא ביצוע פעולות אלו לא נוכל להבטיח את מקום ילד/ה במעון הרצוי.

האמור בהסכם זה בלשון זכר והכוונה הינה לשני המינים.

אנו מאחלים לכולנו שנת לימודים טובה ובטוחה

צוות מרכזים קהילתיים בית שאן



1. מועדי הפעלה:

א. המעון יפעל מיום 01 ספטמבר 2025 ועד ליום 08 אוגוסט 2026. למעט שבתות, חגים, מועדים וחופשות על פי לוח החופשות של משרד החינוך - אגף מעונות היום, בהתאם ללוח הרלוונטי למעון. (כפוף לשינויים בהתאם להנחיית משרד החינוך).

קייטנת קיץ:

על אף שמעון עובד לפני תאריכי משרד החינוך, לרווחת המשפחות העובדות, נקיים קייטנה מספר ימים נוספים באוגוסט, מותנה ומוגבל למספר ילדים ובתוספת תשלום. פרטים ימסרו בהמשך שנת הלימודים תשפ"ו על ידי מנהלת המעון.

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: יום לימודים רגיל, ימים א'-ה' בין השעות 07:30-16:00 יום ו' בין השעות 07:30-12:00. (כפוף לשינויים בהתאם להנחיית משרד החינוך).

ד. יום לימודים ארוך - תוספת חצי שעה בבוקר וחצי שעה בסוף היום ימים א'-ה' עד 07:30-16:00 (מותנה ברישום מינימום משתתפים). על פי דרישת ההורה וחתימתו בתשלום נוסף לפי נספח ד'

ה. שעות פעילות פתיחת שנה:

שעות הסתגלות לימים ראשונים במעון: בימי ההסתגלות הראשונים מומלץ להיות קשובים ליכולתו של הילד, ולהגיע לקחת אותו מהמעון, על פי המלצת הצוות החינוכי.

שעות ההסתגלות לימים הראשונים במעון:

ביום הראשון - עד השעה 10:00

ביום השני - עד השעה 11:00

ביום השלישי - עד השעה 12:00

ביום הרביעי יוכל הילד להשתלב במסגרת, במתכונת של יום מלא.

ילד הממשיך יוכל לשהות במהלך כל שעות פעילות המעון, יום לימודים מלא, בהתאם ליכולתו.

המעון פתוח יום מלא החל מיום הפעילות הראשון.

2. ארוחות

• ארוחת בוקר.

• ארוחת צהרים בשרית, ארבעה ימים בשבוע ויום ללא בשר.

• ארוחת מנחה.

הארוחות על פי תפריט מאושר ומבוקר ע"י תזונאית ילדים, ומפורסם בלוח הורים.

3. 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.

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

4. תשלומים: (מעודכנים לשנה"ל תשפ"ו)

א. שכר הלימוד עבור המעון הינו ל- 12 חודשים בהתאם למחיר שנקבע ע"י משרד החינוך לפי תקינה מורחבת.

תעריף שכר הלימוד לחודש:

תינוק: 3,936 ₪ לחודש

פעוט: 2917 ₪ לחודש

בוגר: 2,587 ₪ לחודש

גיל בחודשים (נכון ליום 01.09.2025)	נולד בתאריכים	הגדרה ע"פ תאריך לידה:
3-15 חודשים	אחרי 01.06.2024	תינוק
15-24 חודשים	01.09.2023-31.05.2024	פעוט
24 + חודשים	לפני 31.08.2023	בוגר

התעריף השנתי אותו ישלם ההורה נגזר מגיל הילד ולא ישתנה במהלך השנה, גם בעת מעבר לקבוצה אחרת. שכר הלימוד המופיע נכון לשנת הלימודים תשפ"ו (במידה ויהיה עדכון של משרד החינוך – ישתנה המחיר בהתאם)

דמי רישום - במועד ההרשמה ישולמו 133 ש"ח בגין רישום. במקרה של ביטול הרישום סכום זה לא יוחזר.

ב. ביטוח: במעמד הרישום ייגבה תשלום ביטוח תאונות אישיות בסך 73 ₪ עבור כל השנה. תשלום הביטוח לא יוחזר לאחר תחילת שנה"ל בכל מקרה של סיום התקשרות ומכל סיבה.

תעריף שכר הלימוד יקבע ע"י משרד החינוך ומשרד העבודה ושירותים חברתיים. התעריפים המופיעים במסמך זה, מעודכנים לשנת הלימודים תשפ"ו.

ג. סל שירותים נוסף:

אגף המעונות במשרד העבודה הרווחה ושירותים החברתיים קובע תשלום עבור סל שירותים בסיסי החייב להינתן במעון.

בעבור שירותים נוספים אשר מיטיבים את תנאי החינוך במעון ועונים על צרכי המשפחה העובדת, ניתן לגבות מחיר נוסף בכפוף לנוהל "נוהל חריגה מסל שירותים".

בעבור שירותים אלו ישלמו ההורים: 200 ש"ח לכל הכיתות מעבר לנדרש על ידי משרד החינוך ומשרד הכלכלה לפי פירוט בנספח ה'

ד. הארכת יום (למעוניינים):

התשלום עבור שירות שעת הארכה אינו כלול בשכר הלימוד הנקבע ע"י משרד החינוך והתעריף יקבע ע"י המרכז הקהילתי, בהתאם למספר המשתתפים. (נספח ד)

תעריף עבור שעת הארכה לחודש 250 ₪. התעריף הינו לחודש מלא או חלקי.

ה. שעות סגירת המעון:

מרכז קהילתי בבית שאן ע"ש חטיבת הנשים בע"מ (חל"צ)

☎ ת.ד. 35 מיקוד 1171000, ☎ 04-6060550, 📠 04-6480706

ח.פ. 510542756 (חל"צ) <https://www.matnas-bs.org.il>

1. ההורים מתחייבים להוציא את הילד לא יאוחר מהזמן המפורט בסעיף 1 ג'.

2. המרכז הקהילתי יחייב את ההורים בגין איחור בהוצאת הילד מעל 5 פעמים בחודש בתשלום עבור שעת הארכה בסך 250 ש"ח באותו חודש.

3. התשלום בגין איחורים ירשם ע"י המחנכות ובחתימת ההורה והחיוב יתבצע במזכירות המרכז הקהילתי באמצעות גבייה של אותו החודש.

1. גבייה:

1. גביה תעשה במזכירות המרכז הקהילתי באמצעות חיוב כרטיס אשראי או העברה בנקאית קבועה לחשבון המרכז הקהילתי.

2. התשלום יתבצע באמצעות כרטיס אשראי, בפריסה של 12 תשלומים עוקבים ללא תפיסת מסגרת. (תשלום חודשי מתחדש) או בהעברה בנקאית קבועה ב 12 תשלומים.

3. שכר הלימוד מתעדכן ונקבע על ידי משרד החינוך, מדי שנה

4. שכר הלימודים יפרע גם בהעדר הילד מהמעון עקב חופשה, מחלה בידוד או כל סיבה שהיא. (למעט מחלה מעל 14 יום ברצף ובאישור רופא, אז יתכן החזר של 10 ש"ח עבור כל יום חיסור בגין הארוחות)

5. ילד המתקבל למעון לאחר תחילת החודש ישלם תשלום מלא עבור כל החודש.

6. כל פיגור בתשלום יקנה למרכז הקהילתי את הזכות לדרוש את הוצאתו של הילד לאחר מתן התראה בת 14 ימים, בכתב ומראש.

7. באחריות ההורים לדווח על כל שינוי בפרטי כרטיס האשראי או הוראת הקבע שנעשו עבור מרכז הקהילתי

8. תאריך ביצוע חיוב כרטיסי האשראי והוראת קבע יתבצע בכל 10 לחודש (אם תאריך החיוב אינו ביום עסקים ההורדה תתבצע ביום העסקים שלאחר מכן). תאריך התשלום לחברת האשראי יתבצע בהתאם לסיכום הלקוח מול חברת האשראי.

9. המרכז הקהילתי יחייב בסכום שכר הלימוד המלא עבור כל חודש עד לקבלת הדרגה מהתמ"ת (אם וכאשר תתקבל).

במידה ותתקבל הדרגה במהלך השנה, יעודכן סכום התשלום החודשי מכאן ואילך במידה והדרגה אושרה רטרואקטיבית, יוחזר התשלום עבור החודשים ששולמו לחשבון המשלם.

5. ביטול רישום:

ביטולים לאחר תחילת שנת הלימודים

- לכל הורה שמורה הזכות לחודש ניסיון, בחודש הראשון לקבלת הילד, אם החליטו ההורים להפסיק את ביקור הילד במעון, יהיו זכאים ההורים לקבל חזרה את יתרת התשלומים למעט התשלום המלא עבור חודש זה.
- בקשת ביטול שתוגש במהלך החודש תיכנס לתוקף בחודש העוקב ותחייב את ההורים בתשלום שכר לימוד מלא עבור החודש בו הוגשה בקשת הביטול.
- את ההודעה בדבר ביטול ההתקשרות יש לשלוח בדוא"ל למרכז הקהילתי mazkirut@beitshan.matnasim.co.il ולאשר קבלת הדוא"ל.
- לא ניתן לבטל רישום של ילד במעון לחודשים יולי ואוגוסט.
- בידי המרכז הקהילתי שמורה הזכות להוציא ילד מהמעון מסיבות פדגוגיות או בריאותיות על בסיס חוות דעת מטעם גורם מקצועי מוסמך או במקרים בהם לא עמדו ההורים בהתחייבויותיהם ובלבד שהדבר

מרכז קהילתי בבית שאן ע"ש חטיבת הנשים בע"מ (חל"צ)

☒ ת.ד. 35 מיקוד 1171000, ☎ 04-6060550, 📠 04-6480706

ח.פ. 510542756 (חל"צ) <https://www.matnas-bs.org.il>

יעשה בהתראה בכתב של שבועיים מראש. הוצאת הילד מסיבות פדגוגיות או בריאותיות מצריכה גם את אישור מנהלת התחום המחוזי במשרד החינוך אשר תקבל לידיה את חוות הדעת כאמור.

- **כח עליון** - 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.

6. הצהרה על בריאות הילד:

- ההורים מתחייבים למסור כל מידע רפואי של הילד היכול להשפיע על תפקוד הילד במסגרת ועל הטיפול בו.
- יש למלא בהקפדה את כל הנתונים שבטופס ההצהרה והמידע על בריאות הילד שבנספח ב' ולעדכן במשך השנה בכתב על כל שינוי במצב הבריאותי של הילד.
- בכל מקרה של ילד הסובל ממגבלה ו/או הפרעה כלשהי, מתחייבים ההורים להוסיף אישור מרופא המאשר כי הילד 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.
- 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.
- ילד יוכל לשוב למסגרת לאחר 24 שעות בבית מתום יום הלימודים הקודם, ללא הופעת חום, שילשולים, או סימפטומים של המחלה.
- יש להביא אישור רופא לאחר היעדרות בת ארבעה ימים ומעלה.
- על פי הנחיות משרד הבריאות חל איסור על צוות המעון לתת תרופות לילדים, לרבות אקמול או כל מוריד חום אחר.
- כל הוצאות הכרוכות במתן טיפול חירום לילד חולה במעון, לרבות הוצאות הנגזרות מהחלטת הצוות החינוכי למתן טיפול חירום, יחולו על ההורים.
- במקרה בו הילד נדרש לסייעת צמודה באחריות ההורים לדאוג לסייעת צמודה ולמען הסר ספק המרכז הקהילתי לא יישא בעלות הסייעת.

7. שימוש בתמונות של ילדים:

הרינו מאשרים לצלם את ילדי ולשלוח את התמונות בקבוצת הוואטסאפ של המעון ו/או העלאתן של התמונות לאמצעי המדיה של המרכז הקהילתי

הרינו מאשרים קבלת מסרונים ו/או דואר אלקטרוני הקשורים לפעילות המרכז הקהילתי.

הננו מודעים לכך, כי מטרת הפרסום אינה למטרת עשיית רווח על ידי המרכז הקהילתי וכי פרסום התמונה אינו נעשה באופן משפיל או מבזה, ומכאן ניתנת הסכמתנו.

הננו מתחייבים בזאת, כי לא תעלה על ידינו ו/או על ידי מי מטעמנו כל טענה ו/או טרוריה ו/או עילת תביעה בגין שימוש המרכז הקהילתי בתמונת בני/בתי באתר האינטרנט של המרכז הקהילתי או בחוברת החוגים שלו, או בכל מדיית תקשורת אחרת של המרכז הקהילתי, לרבות טענה בדבר פגיעה בפרטיות. על החתום:

תאריך _____ שם _____ ת"ז _____ חתימה _____

אני מצהיר כי קראתי את כל סעיפי הסכם זה על כל נספחיו (א', ב', ג', ד', ה')
הוראותיו ברורות לי ואני מתחייב לקיימו לפי סעיפיו
ולראיה באנו על חתום:

_____ חתימת הורה 1
_____ חתימת הורה 2
_____ תאריך

נספח א' - פרטי הילד/ה וההורים

שם הילד/ה: _____ שם משפחה _____ מספר זהות: _____

תאריך לידה: _____ רגישות ו/או אלרגיה למזון, תרופות או לגורם אחר: _____

שם המעון: רבין מירי / רבין שני מועד כניסה למעון: _____

כתה: תינוקות / פעוטות / בוגרים שעת הארוכה: כן / לא (לפי נספח ד')

פרטי הורים:

שם הורה 1: _____ מספר זהות: _____

טלפון נייד: _____ כתובת: _____ מייל: _____

טלפון בעבודה: _____

שם הורה 2: _____ מספר זהות: _____

טלפון נייד: _____ כתובת: _____ מייל: _____

טלפון בעבודה: _____

שם איש קשר למקרה חירום: _____

טלפון איש קשר למקרה חירום: _____

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



נספח ב' - הצהרת מידע בדבר בריאות הילד

סמנו X במקומות הרלוונטיים.

שם הילד: _____ מספר זהות: _____

לא ידוע לי על בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובלת/ת בני/בתי והמחייבת התייחסות ו/או טיפול במסגרת המעון.

לבני/בתי בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת המעון. פרט: _____

רגישות ו/או אלרגיה למזון, תרופות או לגורם אחר: _____ (יש למלא טופס מותאם המצ"ב)

ליקוי שמיעה ו/או ראייה: _____

התעלפויות ו/או התכווצויות ו/או התקפי עצירת נשימה, פרט: _____

אחר: _____

- הנני מתחייבת/ להודיע למרכז הקהילתי מידית על כל בעיה ו/או מגבלה שהתגלתה וזאת מיד עם גילוייה.
- בכל מקרה של מגבלה ו/או בעיה רפואית, הנני מתחייבת/ לתת לכתב התחייבות מיוחד ביחס לילד על מגבלה רפואית שיימסר לנו ולנהוג בהתאם לאמור בו
- בכל מקרה בו הטיפול מחייב סיעת צמודה באחריותי לדאוג לקבלת סיעת צמודה.
- מדידת חום: הנני מאשר למטפלת למדוד חום לילד שלי במד חום דיגיטלי.

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.

תאריך: _____ שם: _____

ת.ז: _____ חתימה: _____



נספח ג' - הולכת ילדים למעון והחזרתם לביתם

שם המעון: _____

בני/בתי יגיע/תגיע כל בוקר למעון ויוצא/תוצא ממנו בליווי אדם מבוגר מטעם המשפחה.
שמות המבוגרים הרשאים להוציא את בני/בתי מהמעון:

שם _____ ת.ז. _____ קרבה _____ טלפון _____
שם _____ ת.ז. _____ קרבה _____ טלפון _____
שם _____ ת.ז. _____ קרבה _____ טלפון _____
שם _____ ת.ז. _____ קרבה _____ טלפון _____

אם אהיה מעוניין כי בני/בתי ילקח על ידי אדם אחר שאינו מאוזכר לעיל, אני מתחייב להודיע על כך למנהלת
המעון/אחראית כחה _____

תאריך: _____

שם הורה _____ ת.ז. _____ חתימה _____
שם הורה _____ ת.ז. _____ חתימה _____

נספח ה' – סל שירותים נוספים

אגף המעונות במשרד העבודה הרווחה והשירותים החברתיים קובע תשלום עבור סל שירותים בסיסי החייב להינתן במעון.

בעבור שירותים נוספים אשר מיטיבים את תנאי החינוך במעון ועונים על צרכי המשפחה העובדת, ניתן לגבות מחיר נוסף בכפוף לנוהל "נוהל חריגה מסל שירותים".

השירותים הנוספים הניתנים במעונות המרכזים הקהילתיים בבית שאן:

1. מטבח המעון מבשל את כל ארוחות הילדים במקום, המזון עשיר ומשובח, בהמלצה ולווי תזונאית ובפיקוח האגף לבריאות הציבור, הכולל 4 ארוחות צהריים בשירות.
2. חוגי העשרה שבועי.
3. פיקוח והדרכה פדגוגית צמודה לצוות ולהורים "רשת התחלה חכמה" – 13 מפגשים בחודש לעומת 4 בפיקוח רגיל
4. מתנות לילדים לפי לוח השנה
5. ועוד

בעבור שירותים אלו ישלמו ההורים: 200 ש"ח בכל הכיתות מעבר לנדרש על ידי משרד החינוך ומשרד הכלכלה

ולראיה באנו על החתום:

תאריך _____

שם ההורה _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם ההורה _____ ת.ז. _____ חתימה _____



המרכז הקהילתי בית שאן
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 ואפוסטרופסים של הילד/ה: _____

הסובל ממגבלה אלרגנית: _____

התסמינים של האלרגיה: _____

הדורשת השגחה וטיפול כדלקמן: _____

מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

ילדנו/תנו סובלת/ת מן המגבלה/ות האלרגנית/ות המפורטת/ות מעלה והוא/היא זקוק/ה לטיפול והשגחה מעת לעת, כמפורט לעיל.

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 והטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד במקרה של חשיפה.

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

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

אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבונו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות המעון בילדנו/תנו בקשר למגבלות האלרגיות שמהן הוא/היא סובלת, לפי הפירוט דלקמן: _____

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

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

מרכז קהילתי בבית שאן ע"ש חטיבת הנשים בע"מ (חל"צ)

☒ ת.ז. 35 מיקוד 1171000, ☎ 04-6060550, 📠 04-6480706

ח.פ. 510542756 (חל"צ) <https://www.matnas-bs.org.il>

רפואי המפרט אם הילד/ה נזקק/ת למלווה צמוד במעון או שניתן לשהות במעון ללא מלווה. על האישור הרפואי לפרט את מהות הרגישות האלרגנית של הילד/ה והאם ובאלו מקרים הרגישות עלולה להתפרץ (אכילה, מגע, חשיפה לריח וכדומה).
אנו מתחייבים להמציא לכם את מספר הטלפון הנייד שלנו ושל הרופא המטפל כדי שתוכלו לפנות אלינו או אליו בשעת הצורך.

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. באחריותנו לאשר את הרכב המזון.

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

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

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

ולראיה באנו על החתום:

תאריך: _____ שם ההורים: _____ חתימה: _____

מאשרים החתימות הנ"ל:

תאריך: _____ מנהל המרכזים הקהילתיים: _____



אל: _____

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

הילד/ה: _____ ת.ז. _____

אבחנה רפואית: _____

ביטוי ביום-יום: _____

במקרים הבאים: _____ שהמאפיינים שלהם הם: _____

יש לתת לילד/ה את התרופה: _____ (יש לכתוב האותיות דפוס לטיניות)

במינון כדלקמן: _____

(על שינוי חריג במצבו בריאות/ה יש להודיע להורי הילד/ה, או, במידת הצורך, לפנות/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: _____

שם פרטי ומשפחה _____ מס' רישיון _____ המוסד הרפואי _____ חתימה וחותמת הרופא _____