



## טופס רישום והצהרת בריאות לצהרונים ניצנים

שם גן / ביה"ס: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ ת.ז. הילד/ה \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ מס' נייד אם: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_ מס' נייד אב: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

אימייל: \_\_\_\_\_

נא להקיף אמצעי תשלום: מזומן / הוראת קבע בבנק / הוראת קבע בכרטיס אשראי

סוג כרטיס: \_\_\_\_\_ מס' כרטיס: \_\_\_\_\_ תוקף: \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ ת.ז. של בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות: אני מצהיר בזאת- יש להקיף בעיגול תשובות 1 או 2

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנדרשת בצהרון.

2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הצהרון כדלקמן:

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

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

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

שם + טלפון לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_

4. בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי: סוג התרופה: \_\_\_\_\_

תיאור אופן הטיפול: \_\_\_\_\_

5. בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בצידוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו'): \_\_\_\_\_

- הצטרפות לתכנית מותנית בהסדרת חובות והסדר תשלומים שנתי.
- הריני מאשר/ת בזאת את השתתפות בני/ביתי בצהרונים ניצנים, וכן את התנאים הנלווים לטופס הרישום: ימי פעילות, עלויות, הסדרי תשלום, ביטולים, המופיעים בתקנון הרישום.
- אני מאשר למתנ"ס לצלם בפעילות ולהשתמש בפרסומי המתנ"ס כן / לא (נא להקיף בעיגול)
- אני מאשר לקבל דיוור מהמתנ"ס. כן / לא (נא להקיף בעיגול)

שם ההורה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך רישום: \_\_\_\_\_