

## הסכם הורים לשנה"ל תשפ"ו 2025-2026

אנו שמחים שבחרתם לרשום את ילדיכם ל"פעוטון קטקטים" של המרכז הקהילתי להבילים  
אנו משקיעים מאמצים רבים על מנת שילדיכם יקבלו יחס חם ואוהב, מענה מקצועי, פעילות  
העשרה מותאמת גיל ומגוון פעילויות שייתרמו להתפתחותם.  
המסמך שלפניכם נועד להסדיר את אופן ההתנהלות בין המרכז הקהילתי לבינכם ההורים.  
המרכז הקהילתי כפוף לנהלים ולהנחיות החברה למתנסים- "רשת התחלה חכמה", משרד  
החינוך, משרד הבריאות, הרשות המקומית ופיקוד העורף.  
בהתאם לדרישות משתנות, ייתכנו שינויים בהפעלת הפעוטון ובגביית הכספים ואנו נפעל על פי  
הנחיות מחייבות שיתקבלו.  
אנו מאחלים לכולם שנת לימודים טובה ובטוחה .  
האמור בהסכם זה בלשון זכר והכוונה לשני המינים .

### 1. פרטי התקשרות :

שם הורה 1 \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ מייל \_\_\_\_\_

שם הורה שני \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ מייל \_\_\_\_\_

שם הילד/ה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
מועד תחילת הפעילות \_\_\_\_\_ מיקום המעון \_\_\_\_\_

כיתה : תינוקות / פעוטות / בוגרים

שעת הארכה כן/לא

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

## 2. מועדי הפעלה :

- א. הפעוטון יפעל מיום 01 ספטמבר 2025 ועד ליום 08 אוגוסט 2026. למעט שבתות, חגים, מועדים וחופשות על פי לוח החופשות של אגף מעונות היום במשרד החינוך, או לוח החברה למתנ"סים.
- ב. הפעוטון לא יפעל בימים בהם תהיה הנחייה של משרד הבריאות / הרשות המקומית / פיקוד העורף לסגור את המעון. על כך תתקבל הודעה בנפרד משך הפעילות : יום לימודים רגיל, ימים א' - ה' בין השעות 07:00 – 16:00, יום ו'.
- ג. שעת הארכה ימים א' – ה' בין השעות 16:00 - 17:00 ( מותנה ברישום מינימום משתתפים)
- ד. שעות פעילות פתיחת שנה : 28.8 בשעות הבוקר (הזמנה מסודרת תשלח לרשומים).
- ה. ילד חדש במעון: בימי ההסתגלות הראשוניים מומלץ להיות קשובים ליכולתו של הילד, ולהגיע לקחת אותו מהמעון, על פי המלצת הצוות החינוכי. ילד הממשיך במעון יוכל לשהות במהלך כל שעות פעילות המעון, יום לימודים מלא בהתאם ליכולתו.

## 3. ארוחות :

- \* ארוחת בוקר
- ארוחת צהרים בשרית, ארבעה ימים בשבוע ויומיים צמחוני.
- ארוחת מנחה

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

## 4. הולכת ילדים :

- א. האחריות לילד מצאתו מהבית ועד להגעתו למעון וכן מתום הפעילות עד להגעתו הביתה, תחול על ההורים ותתבצע על ידם או על ידי אדם מבוגר (מעל גיל 18) אחר מטעמם.
- ב. הסעות ילד למעון או ממנו באמצעות חברת הסעות, אם תעשה, הינה באחריותם המלאה והבלעדית של 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')

## 5. תשלום :

- א. סכום התשלום למעון הינו עבור 12 חודשים (אשר מתחלקים ל11 תשלומים) בכפוף למחיר הנקבע ע"י המתנ"ס. תינוק אשר נולד החל מ 01/06/2024 ואילך, ישלם תעריף תינוק למשך כל השנה. ( גם אם ישתלב בכיתה פעוטות ).
- ב. הסכום השנתי יכלול דמי רישום על סך 133 ₪ (נתון לעדכון ע"י משרד החינוך) דמי הרישום לא יוחזרו במידה וההורים מבטלים את ההרשמה. וכן ייגבו דמי ביטוח בסך 38 ₪ כתוספת לתשלום הראשון.
- ג. התשלום עבור שירותים נוספים כמו ארוחה בשרית, תוספת כוח אדם, חוגים וכיו"ב, יתקיים בהחלטה משותפת של ועד ההורים ומנהלת המעון בהתאם לנוהל חריגה מסל שירותים חריגה מסל השירותים תעשה בהתאם לנוהל " חריגה מסל שירותים " הנמצא במסמך הנחיות להרשמה למעונות יום ומשפחתונים שנה"ל תשפ"ה באתר משרד החינוך, אגף מעונות היום.

ד. התשלום עבור שעת הארכה אינו כלול בשכר הלימוד הנקבע ע"י משרד החינוך והתעריף ייקבע ע"י המרכז הקהילתי, השירות יינתן בהתאם להחלטת המרכז הקהילתי ומותנה במינימום נרשמים.

#### 6. שעות סגירת המעון :

- א. ההורים מתחייבים להוציא את הילד לא יאוחר מהזמן המפורט בסעיף 2 ב'.
- ב. המרכז הקהילתי יחייב את ההורים בגין איחור בהוצאת הילד בסך של 25 ₪ עבור 15 הדקות הראשונות, כל 10 דקות נוספות יחויבו ב- 10 ₪ נוספים.
- ג. התשלום בגין האיחורים יתבצע במזכירות המרכז הקהילתי באמצעות גבייה בהוראת קבע.

#### 7. גבייה

- א. גבייה תעשה במזכירות המרכז הקהילתי באמצעות חיוב הוראת קבע בלבד.
- ב. התשלום יתבצע באמצעות הוראת קבע, בפריסה של 11 תשלומים עקבים.
- ג. שכר הלימוד מתעדכן ונקבע על ידי המתנ"ס לפני פתיחת שנת הלימודים.
- ד. שכר הלימודים יפרע גם בהעדר הילד מהמעון עקב חופשה, מחלה בידוד או כל סיבה שהיא.
- ה. כל פיגור בתשלום יקנה למרכז הקהילתי את הזכות לדרוש את הוצאת הילד 30 ימים לאחר מתן התראה, בכתב ומראש, בת 14 ימים.
- ו. הוראת תשלום שחזרה תחויב בסך 20 ₪ בגין הוצאות טיפול, ובמקרה זה התשלום יעשה בהעברה בנקאית של ההורה לחשבון מתנ"ס להב"ס.
- ז. באחריות ההורים לדווח על כל שינוי בפרטי הוראת הקבע שנמסרו למרכז הקהילתי.
- ח. תאריך ביצוע בהוראת הקבע יתבצע בכל 9 לחודש.
- ט. הורים שמגוישים בקשה להנחה, ימלאו טופס מתאים ויפנו לוועדת הנחות שתתנהל תחת המתנ"ס ומחלקת רווחה.
- י. אין החזר כספי לאחר קבלת ההנחה, התשלום יקוזז כל חודש מהתשלום החודשי.

#### 8. ביטולים

- א. ביטולים עד תחילת שנת הלימודים : ניתן לבטל את העסקה תוך 14 יום מחתימת ההסכם, ועד 14 ימים שאינם ימי מנוחה לפני מועד תחילת השירות. במקרה של ביטול מתחת ל- 14 ימים לפני מועד תחילת השירות – לא יוחזרו דמי הרישום. שיעור דמי הביטול 5% מערך העסקה או 100 ₪ הנמוך מבניהם.
9. ביטולים לאחר תחילת שנת הלימודים :
  - א. בקשת ביטול שתוגש עד ל- 15 בכל חודש תחייב את ההורים בתשלום שכר לימוד עבור אותו חודש, והילד רשאי להישאר עד סוף אותו חודש. בקשת ביטול שתוגש לאחר ה- 15 לכל חודש תחייב את ההורים בתשלום שכר הלימוד בעבור החודש העוקב. את ההודעה בדבר ביטול ההתקשרות יש לשלוח בדוא"ל למנהלת המעון ולאשר קבלת הדוא"ל.
  - ב. למרות האמור לעיל, 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 התשלום המלא עבור חודש זה.

#### 10. תשלום מחמת עזיבת ילד במהלך שנת הלימודים :

- א. 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 בהתחייבותיהם ובלבד שהדבר ייעשה 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.
- ב. 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 ו/או בשל הנחיות רגולטוריות הקשורות לבריאות הציבור וכדומה שימנע הפעלת תקינה של המסגרת אלא אם נקבע אחרת ע"י משרד החינוך.

#### 11. הצהרה על בריאות הילד:

- א. ההורים מתחייבים למסור כל מידע רפואי של הילד היכולה להשפיע על תפקוד הילד במסגרת ועל הטיפול בו.
- ב. יש למלא בהקפדה את כל הנתונים שבטופס ההצהרה והמידע על בריאות הילד שבנספח א' ולעדכן במשך השנה בכתב על כל שינוי במצב הבריאותי של הילד.
- ג. בכל מקרה של ילד הסובל ממגבלה ו/או הפרעה כלשהי, מתחייבים ההורים לצרף אישור מהרופא שהילד 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.
- ד. ההורים מתחייבים לא לשלוח את הילד ביום בו חום גופו מעל 38 מעלות צלזיוס 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 להוציא מהמעון בסמוך ככל האפשר לקבלת ההודעה הטלפונית.
- ה. ילד יוכל לשוב למסגרת לאחר 24 שעות בבית מתום יום הלימודים הקודם, ללא הופעת סימפטומים של המחלה. יש להביא אישור רופא לאחר היעדרות בת ארבעה ימים.
- ו. עפ"י הנחיות משרד הבריאות חל איסור על צוות המעון לתת תרופות לילדים, לרבות אקמול או כל מוריד חום אחר.
- ז. כל הוצאות הכרוכות במתן טיפול חירום לילד חולה במעון יחולו על ההורים.
- ח. במקרה בו הילד נדרש לסייעת צמודה באחריות ההורים לדאוג לסייעת צמודה ולמען הסר ספק המרכז הקהילתי לא יישא בעלות הסייעת.

#### 12. שימוש בתמונות של ילדים:

- א. הריני מאשר ל הריני מאשר לצלם את ילדי ולשלוח את התמונות בקבוצות הוואטסאפ של המעון. ו/או העלאה של התמונות לדף הפייסבוק של המתנ"ס ו/או אתר האינטרנט של המרכז הקהילתי ו/או פרסומת של המרכז הקהילתי.
- ב. הרינו מאשרים קבלת מסרונים ו/או דואר אלקטרוני הקשורים לפעילות המתנ"ס.
- ג. הננו מודעים לכך, כי מטרת הפרסום אינה למטרת עשיית רווח על ידי המתנ"ס וכי פרסום התמונה אינו נעשה באופן משפיל או מבזה, ומכאן ניתנת הסכמתנו.
- ד. הננו מתחייבים בזאת כי לא תעלה על ידנו ו/או על ידי מי מטעמנו כל טענה ו/או טרוניה ו/או עילת תביעה בגין שימוש המתנ"ס בתמונת בתי/בני באתר האינטרנט של המתנ"ס או בחוברת החוגים שלו, או בכל מדיית תקשורת אחרת של המתנ"ס, לרבות טענה בדבר פגיעה בפרטיות.

#### על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

חתימה - \_\_\_\_\_



**נספח א' – הצהרת מידע בדבר בריאות הילד  
סמנו x במקומות הרלוונטיים.**

שם הילד \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

1. לא ידוע לי על כל בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובל/ת בני / ביתי והמחייבת התייחסות ו/או טיפול במסגרת המעון.
2. לבני/ בתי בעיה ו/או מגבלה רפואית ו/או מגבלה אחרת המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד במסגרת המעון.  
פרט: \_\_\_\_\_  
א. רגישות ו/או אלרגיה למזון, לתרופות או לגורם אחר: \_\_\_\_\_  
(יש למלא טופס מותאם המצ"ב)  
ב. ליקוי שמיעה ו/ראיה \_\_\_\_\_  
ג. התעלפויות ו/או התכווצויות ו/או התקפי עצירת נשימה, פרט: \_\_\_\_\_  
ד. אחר: \_\_\_\_\_
3. הנני מתחייב/ת להודיע למרכז הקהילתי מידית על כל הבעיה ו/או מגבלה שהתגלתה וזאת מיד עם גילוייה.
4. בכל מקרה של מגבלה ו/או בעיה רפואית, הנני מתחייב/ת לחתום על כתב התחייבות מיוחד ביחס לילד על מגבלה רפואית שיימסר לנו ולנהוג לאמור בו.
5. בכל מקרה בו הטיפול מחייב סייעת צמודה באחריותי לדאוג לקבלת סייעת צמודה.
6. מדידת חום: הנני מאשר למטפלת למדוד חום לילד שלי במד חום דיגיטלי.
7. מידע רפואי:  
א. סוג דם \_\_\_\_\_  
ב. שם קופ"ח והסניף \_\_\_\_\_  
ג. טיפת חלב סניף \_\_\_\_\_  
✓ יש לצרף מסמכים רפואיים אודות המגבלה והבעיה.  
✓ חל איסור על צוות המעון לתת תרופות לילדים, לרבות אקמול.  
תאריך \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_  
ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



טופס רישום למעונות לגיל הרך במרכז הקהילתי להבנים

שנה"ל תשפ"ו 2025-2026

שם המסגרת "פעוטון קטקטים"

נא למלא פרטים בכתב ברור: פרטי הילד/ה ( נא לציין את מין הילד/ה)

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם הילד /ה: \_\_\_\_\_

מספר ת"ז כולל ספרת ביקורת / \_\_\_\_\_

תאריך לידה / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ קופ"ח: \_\_\_\_\_

תאריך כניסה למעון: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

פרטי ההורים:

שם האם: \_\_\_\_\_ מספר ת"ז כולל ספרת ביקורת: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_ מספר טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ מספר ת"ז כולל ספרת ביקורת: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד: \_\_\_\_\_ מספר טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

שם איש קשר למקרה חירום: \_\_\_\_\_ טלפון למקרה חירום: \_\_\_\_\_

הוראת קבע:

א. הריני מאשר קבלת טופס הוראת קבע בתאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ב. מתחייב להחזיר חתום עד לתאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ג. מאשר לחייב בהוראת קבע חתומה משנה קודמת \_\_\_\_\_



## נספח ג'

### הולכת ילדים למעון והחזרתם לביתם

שם המעון: \_\_\_\_\_

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

שם	ת.ז.	קרבה	טלפון

אם אהיה מעוניין כי בני / בתי יילקח ע"י אדם אחר שאינו מאוזכר לעיל, אני מתחייב להודיע למנהלת המעון / אחראית הכיתה

תאריך: \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

לכבוד  
המרכז הקהילתי להבנים

תאריך: \_\_\_\_\_

א.ג.נ.,

**הנדון: כתב הצהרה והתחייבות – ילד עם מגבלות אלרגניות במעון**

אנו הח"מ:

1. שם: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_

2. שם: \_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_

הננו הורים ו / או אפוטרופסים של הילד / ה: \_\_\_\_\_

הסובל ממחלה אלרגנית: \_\_\_\_\_ (פירוט המגבלה)

התסמינים של האלרגיה: \_\_\_\_\_ (פירוט התסמינים) הדורשת השגחה וטיפול  
כדלקמן:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

אנו מצהירים ומתחייבים כדלהלן:

1. ילדנו / תנו סובל / ת מן המגבלה/ות האלרגנית /ות המפורטות מעלה והוא/היא זקוק/ה לטיפול ולהשגחה מעת לעת, כמפורט לעיל.
2. הננו מתחייבים להמציא מייד בסמוך לרישום ולא יאוחר מ- 7 ימים ממועד החתימה מסמך רפואי מאלרגולוג המטפל, שבו תתואר האלרגיה שהתלמיד / ה סובל/ת ממנה. במסמך המזונוט והחומרים שהילד/ה אלרגי אליהם, התסמינים הטיפול הרפואי הנדרש לצורך מתן עזרה ראשונה לילד/ה במקרה של חשיפה.
3. אנו מבקשים ומסכימים, כי חרף המגבלה האלרגנית וחרף ההשגחה והטיפול הרפואיים הנדרשים מעת לעת לילדנו/תנו שהוא/היא ישתתף בפעילות המעון הנערכת על ידכם או מטעמכם.
4. אנו מתחייבים לספק לכם כל מידע רפואי או אחר הרלוונטי למצבו/ה של ילדנו/תנו, ובכלל.
5. אנו מתחייבים לספק לכם, על חשבוננו, את האביזרים והאמצעים הרפואיים והאחרים הדרושים לטיפול, ברמת צוות המעון בילדנו/תנו בקשר למגבלות האלרגניות שמהן הוא/היא סובל/ת לפי הפירוט כדלקמן (לפרט האמצעים הנדרשים)

6. 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.



7. אנו מתחייבים להמציא לכם אישור רפואי בדבר יכולתו/תה של ילדנו/תנו להשתתף בפעילות המעון, בדבר הטיפולים הנדרשים, בדבר התרופות ושאר האמצעים הרפואיים והמאכלים המותרים (או האסורים) שיש לספק לילד/ה. וכן גם אישור לגבי מי יכול ומוסמך מבחינתנו להעניק לילד/ה טיפול רפואי בעת הצורך. וכן ובמיוחד אישור 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)
8. אנו מתחייבים להמציא לכם את מספר הטלפון הנייד שלנו ושל הרופא המטפל כדי שתוכלו לפנות אילנו או אליו בשעת הצורך.
9. באחריותנו להעביר לצוות הרלוונטי בגן את כל המידע, על מנת שהמרכז הקהילתי יידע את כל הוריי 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.
10. באחריותנו לאשר את הרכב המזון המותאם באופן עצמאי. ידוע לנו כי ככל שלא נאשר את הרכב המזון, נוכל לספק לילדנו את המזון המותאם באופן עצמאי ובהתאם יקוּזז מהתשלום החלק היחסי.
11. ידוע לנו כי מצב של אלרגיה למזון מסכנת חיים נכלל בתבחינים המאפשרים קבלת סיוע ממוקד מהוועדה הבין משרדית להעסקת מלווה אישי /ת (סייעת רפואית) בחינוך הרגיל. עלינו כהורים לדאוג למענה זה.
12. אנו מייפים את כוחו של צוות המעון להעניק לילד את הטיפול המתואר במסמך הרפואי בכל מקרה שבו יפתח הילד תגובה אלרגנית. כל זאת מבלי שתהיה בכך משום הטלת חובה או אחריות על המרכז הקהילתי.
13. אנו מתחייבים לשתף פעולה עם צוות המעון והאחראים בו, בכל הנוגע לטיפול ולהשגחת ילדנו/תנו.

ולראיה באנו על החתום,

תאריך \_\_\_\_\_ שם ההורים \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

מאשרים החתימות הנ"ל. תאריך \_\_\_\_\_

מנהלת המתנ"ס: \_\_\_\_\_

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 באותיות דפוס לטיניות )

במינון כדלקמן: \_\_\_\_\_

על שינוי חריג במצבו בריאותו/תה יש להודיע להורי הילד/ה, או, במידת הצורך, לפנותו /ה למוקד חירום, מד"א, מרפאה או בית חולים.

הריני לאשר כי הילד/ה רשאי/ית לבקר במעון וכי אפשר לתת לו הטיפול התרופתי מציל החיים במסגרת המעון.

הבקשה תקפה מתאריך: \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_  
(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת לימודים)

- המלצה לסייעת – כן / לא
- בהיקף יום מלא / חלקי
- מספר שעות ביום: \_\_\_\_\_

מס' רישיון המוסד הרפואי \_\_\_\_\_

שם משפחה \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_

חתימה וחותמת הרופא \_\_\_\_\_