

עמותת אדם לקידום החינוך מתוך האנתרופוסופיה

ת.ד. 8740 ירושלים 91087

רחוב עמק רפאים 43 א'

טלפון 02-5671498, פקס 02-5899059

פ.ח. 580105880

info@ganiadam.co.il

הצהרת בריאות לשנה"ל תש"פ

הורים יקרים,

אנו מבקשים למלא את הפרטים הבאים, על מנת שצוות הגן יהיה מעודכן לגבי מצב בריאותו של ילדכם. את הטופס, אנא מסרו לגננת הגן במועד הפגישה האישית. נא לא לשלוח למייל של המשרד

*לידיעתכם, המידע שתמסרו הוא לשימוש פנימי של העמותה ויישאר חסוי

את הטפסים המלאים נא למסור לגננות הגן.

שם פרטי _____ שם משפחה _____ שם הגן _____

ת.ז. _____ תאריך לידה _____ טלפון _____

כתובת _____ קופ"ח _____ שם הרופא המטפל _____

1. אשפוזים ו/או ניתוחים בעבר? _____

2. האם הילד סובל מ: (נא להקיף בעיגול)

א. סכרת _____ כן לא

ב. אפילפסיה (מחלת הנפילה) _____ כן לא

ג. מחלות לב _____ כן לא

ד. מחלות כליות _____ כן לא

ה. מחלות דרכי הנשימה (אסטמה וכו') _____ כן לא

ו. מחלות תורשתיות _____ כן לא

ז. אחרות _____

3. האם ישנם בני משפחה הסובלים מהבעיות הכרוניות הנ"ל? _____

4. האם הילד מקבל תרופות באופן קבוע? _____

5. האם הילד סובל מאלרגיות למזון ו/או תרופות? _____

6. האם הילד רגיש לחלבון ביצה? _____

7. האם הילד אובחן או הופנה לאבחון? _____

8. האם נמצאו אצל הילד קשיים חברתיים או התנהגותיים? _____

9. האם הילד מקבל טיפול כלשהו (ריפוי בעיסוק, תרפיה באמנות)? _____

10. האם היו אירועים מסוימים בחיי המשפחה כגון גירושים, מחלה קשה, מוות? _____

11. פרטים על ההורים: שם האב _____ שם האם _____

תאריך לידה _____ תאריך לידה _____

שנת עלייה _____ שנת עלייה _____

משלח יד _____ משלח יד _____

מס' טלפון _____ מס' טלפון _____

11. פרטים על אחים ואחיות:

שם האח / אחות	תאריך לידה	שם האח / אחות	תאריך לידה
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

12. התחנה לבריאות המשפחה בה ביקר הילד לאחרונה כולל כתובת וטלפון _____

13. הערות: _____

תאריך _____ חתימת ההורה _____