



עמותת אדם - גני השמש

לקידום אמנות החינוך מתוך האנתרופוסופיה

הצהרת בריאות לשנה"ל תשפ"ה

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? _____



עמותת אדם - גני השמש

לקידום אמנות החינוך מתוך האנתרופוסופיה

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 _____