

# גן מוץ-ארכ - הגן הירוק (גן דלית)

## טופס בריאות

שם הילד.ה: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_ קופ"ח: \_\_\_\_\_

רופא מטפל: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

אב/אם	אם/אב	
		שם
		נייד
		טלפון במקום העבודה
		טלפון בבית

אנשי קשר נוספים למקרה הצורך:

שם	נייד	טלפון

האם הילד.ה מחוסן ע"פ תכנית החיסונים המומלצת של משרד הבריאות: כן / לא  
אם לא, מה חסר:

(לידיעה בלבד! לא יעשה במידע זה כל שימוש שעלול לפגוע בזכויות הילד או בפרטיותו)

אלרגיות או בעיות רפואיות ידועות:

---

---

---

הערות: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת לאנשי הצוות בגן דלית לקחת את ילדי לטיפול רפואי ו\או להזמין טיפול רפואי במקרה הצורך.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

גן מוץ-ארכ - הגן הירוק (גן דלית)

| עירית - 054-4345023 | גן - 02-5703182 | שד' הראשונים 2, מוצא עלית | iritalhassid@gmail.com

