



ט.ל.ח

טופס רישום למעונות "גוונים" לשנה"ל תשפ"ה מסמך זה כתוב בלשון זכר מטעמי הנוחות בלבד

שם המעון: _____

אנו, _____ החתומים מטה, מבקשים לרשום את הילד _____

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	מס' ת"ז של הילד כולל ספרת ביקורת	ארץ לידה

כתובת: יישוב: _____ רחוב: _____ מספר: _____

שם קופ"ח וסניף: _____ שם הרופא המטפל: _____

פרטי ההורים	פרטי הורה הילד	פרטי הורי הילד
שם פרטי ומשפחה		
מס' ת"ז כולל ספרת ביקורת		
תאריך לידה		
תאריך עליה		
עיסוק		
עובדת/לא עובדת		
מקום העבודה שכיר / עצמאי		
מקום עבודה וכתובת		
טלפון בעבודה חובה		
טלפון נייד		
טלפון חרום אם יש נוסף מלבד ההורים		
מספר שעות עבודה		
הורה יחיד כן / לא		

מעמד אישי של האם: נשואה / גרושה / אלמנה / רווקה

אח/ות נוסף במעון כן / לא אם כן, שם הילד: _____ ת"ז: _____

שם הורה החותם: _____ חתימת הורה: _____

פתיחת שנת הלימודים תשפ"ה וחריגה מסל שירותים

המסמך רשום בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד

אני, הורה/אפוטרופוס של _____ ת"ז _____ (להלן: הילד), מאשר בזאת, כי הובא לידיעתי שמועד פתיחת הלימודים הינו ביום ראשון 1.9.2024 כ"ח באב תשפ"ד.

ידוע לי כי:

תפריט בשרי לילד מעל גיל שנה: תוספת תשלום בסך 75 ₪ לחודש, (ייתכנו שינויים).
סכום זה יחולק לתשלומים, בהתאם לחודשי הפעילות.

חוגים בכיתת תינוקות: 320 ₪ מחיר שנתי עבור חוג אחד.

חוגים בכיתת הפעוטות: 470 ₪ מחיר שנתי עבור חוג אחד.

חוגים בכיתת הבוגרים: 470 ₪ מחיר שנתי עבור חוג אחד.

הארכת יום בין השעות 1600 עד 17:00: 280 ₪ לחודש.
סכום זה יחולק לתשלומים, בהתאם לחודשי הפעילות.

מנוי ספריית פיג'מות (לילדי כיתת הבוגרים): 60 ₪ לשנה.

מס' תשלומים: (נא לסמן V)

- ☐ תשלום אחד
- ☐ 2 תשלומים
- ☐ 3 תשלומים

ולראיה באתי על החתום:

_____ חתימת ההורה:

_____ שם ההורה/אפוטרופוס:

_____ תאריך:

נוהל הבאת ילדים למעון ואיסופם בסיום יום הפעילות – שנה"ל תשפ"ה

מסמך זה כתוב בלשון זכר מטעמי הנוחות בלבד

אני הח"מ, הורה הילד/ה ו/או אפוטרופוסים של: _____ ת"ז: _____

(להלן: "הילד/ה") מצהיר/ה בזאת שידוע לי שהבאת ילדים למעון בשעות הבוקר והחזרתם בתום יום הלימודים לביתם הן בתחום האחריות הבלעדית של ההורים.

1. הולכת ילד/ה למעון ו/או ממנו, תיעשה על ידי ההורים ובאחריותם המלאה.
2. הסעות ילד למעון או ממנו באמצעות חברת הסעות – באחריותם הבלעדית של ההורים. מסירת הילד/ה למי ששמו לא צוין בטופס הנ"ל תיאסר, למעט אם תינתן הודעה בכתב של ההורים למנהלת המעון מראש ושליחת תמונה של האדם האוסף למנהלת המעון.
3. לא תתאפשר שליחת ילדים עם מלווה מתחת לגיל 13.
4. הולכת ילד/ה להורים פרודים או גרושים- תיעשה בהתאם להחלטת ביהמ"ש, או ביה"ד המוסמך, שתימסר בכתב למנהלת המעון. **על ההורים ליידע באופן מיידי את מנהלת המעון בכל שינוי שיחול במהלך השנה בנוגע לסטאטוס המשפחתי או בנוגע לצו זמני השהות אשר יגביל את מי מזכויות ההורים.**

- בני/בתי יגיעו/ תגיע כל בוקר למעון ויוצא/ תוצא ממנו בליווי אדם מבוגר בלבד מטעם המשפחה אשר הינו כשיר ומסוגל ללוות באחריות את הילד אל המעון ומהמעון.
- שמות המבוגרים (למעט ההורים) הרשאים להוציא את בני/ בתי מהמעון:

קרבה	שם	ת.ז.	נייד

- אם אהיה מעוניין כי בני/ בתי יילקח על ידי אדם אחר שאינו מאוזכר לעיל, אני מתחייב להודיע על כך למנהלת המעון מראש ושליחת תמונה של האדם האוסף למנהלת המעון.

ולראיה באנו על החתום:

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

הצהרה ומידע על בריאות הילד/ה

מסמך זה כתוב בלשון זכר מטעמי הנוחות בלבד

שם הילד/ה: _____ ת"ז: _____ שם המעון: _____

- האם ילדכם אובחן כמי שיש לו בעיה כרונית? אם כן, פרטי: _____
- האם יש לילדכם אלרגיה? אם כן, פרטי: _____
(יש לצרף אישור מרופא מאלרגולוג המפרט את סוג האלרגיה, תסמינים וטיפול רפואי נדרש).
- האם ילדכם נוטל תרופות באופן קבוע? אם כן, פרטי: _____
- האם לילדכם ישנה רגישות לתרופות? אם כן, פרטי: _____
- האם לילדכם קיימת בעיה מאובחנת (ראיה, שמיעה, דיבור) ? אם כן, פרטי: _____

- *במידה וציינת פרט רפואי כלשהו בהצהרה זו, חובה לצרף אישור רפואי מהגורם המקצועי המטפל***
- אנו מתחייבים כי לא נשלח ילד/ה למעון באם הילד/ה לא מרגיש טוב, חולה, סובל/ת מחום, דלקת עיניים, שלשול, מחלות ילדים (או כל מחלה אחרת). כמו כן, ילד המצוי בתקופת החלמה המחייבת טיפול אישי מובהר לנו כי החזרת הילד/ה למעון מותנית באישור רפואי רשמי מהרופא המטפל המעיד שהילד בריא ויכול היות בחברת ילדים.
 - מוסכם כי במידה והילד/ה חולה, לא מרגיש/ה טוב, מפתח/ת חום מעל 38.5 מעלות, או כל סיבה אחרת, המעון יפנה להורים וההורים מתחייבים להגיע לאסוף את הילד/ה בתוך פרק זמן של עד שעה.
 - במידה וההורה לא יגיע בזמן סביר, מנהלת המעון רשאית לפנות את הילד/ה באמבולנס עפ"י שיקול דעתה וההורים יישאו בהוצאות הנלוות לכך.
 - מודע בזאת להורים כי על פי הנחיית משרד הבריאות, חל איסור על צוות המעון לתת תרופות לילדים, וכי מוסכם עלינו שילד שנשלח הביתה עם חום, **יישאר בבית לפחות 24 שעות ללא חום** מסיום יום הלימודים.
 - במידה והילד נשלח הביתה מכל סיבה רפואית אחרת במהלך יום הלימודים, **יישאר בבית לפחות 24 שעות** ללא תסמינים.
 - במקרים של **תחלואה חוזרת ונשנית** ואם יתגלה **חשד כלשהו של הזנחה**, חלה על החברה העירונית "גוונים" חובת דיווח למוקד ילדים בסיכון, אפילו ללא ידוע ההורים.
 - הנני מתחייב להודיע לחברה העירונית "גוונים אריאל" על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי או על כל רגישות/מגבלה שתתגלה וזאת מיד עם התגלותה.
 - במידה וילד/ה נעדר/ת מהמעון בגין מחלה מעל 3 ימים, חלה חובה על ההורה לספק אישור רפואי למנהלת המעון. כמו כן, במקרה של ספק לגבי מצבו הרפואי של הילד/ה, ידרשו ההורים לספק אישור רפואי.
 - מובהר ומוסכם כי **כל ההוצאות הכרוכות במתן טיפול חירום לילד/ה חולה במעון, אם יינתן, יחולו על ההורים**. ההורים ישלמו את כל ההוצאות האמורות מיד עם דרישתה הראשונה לחברה העירונית "גוונים אריאל".
 - ילד הנעדר מהמעון מפאת מחלה העולה על 14 יום ברציפות, יחויב, בגין תקופת מחלתו בלבד, בתשלום 90% משכר הלימוד החודשי לפי דרגת הזכאות ובלבד שיוצג אישור רפואי מתאים לתקופת היעדרותו. בגין יתרת הימים בהם ביקר במעון במהלך החודש, ישולם שכר לימוד מלא על פי דרגת הזכאות שנקבעה

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

הצהרת בריאות מעונות "גוונים" שנה"ל תשפ"ה

מסמך זה כתוב בלשון זכר מטעמי הנחות בלבד

****שימו לב חובה למלא את הטופס גם אם ילדכם אינו אלרגי****

בריאות ילדכם חשובה לנו!

על מנת שנכיר אותו טוב יותר, נודה לך על מענה מלא ומדויק על השאלות הבאות:

פרטים מזהים:

שם הילד: _____ ת.ז: _____

שם המסגרת: _____ שנה"ל: _____

שם הורה א': _____ טלפון: _____

שם הורה ב': _____ טלפון: _____

מידע על האלרגיה:

1. לאיזה אלרגנים זוהתה רגישות? (פרט) _____

2. מהם התסמינים המופיעים בעת התקף אלרגי? _____

א. עיניים (גרד, אדמומיות, הפרשות וכו') כן / לא _____

ב. אף"ג (גרד באף, התעטשויות, כאבים וכו') כן / לא _____

ג. מערכת הנשימה (שיעול, קוצר נשימה וכו') כן/לא _____

ד. עור (גרד, יובש וכו') כן/לא _____

3. באיזו דרך נגרמת האלרגיה?

א. הרחת האלרגן _____ כן/לא (פרט) _____

ב. מגע באלרגן _____ כן/לא (פרט) _____

ג. אכילת האלרגן _____ כן/לא (פרט) _____

ד. אחר _____

4. האם לבנך יש סייעת רפואית צמודה בשעות הבוקר ? כן/לא

1. האם בנך מצויד ב-

א. אפיפן כן / לא _____

ב. תרופה אנטי היסטמינית כן / לא _____

ג. סטרואידים כן / לא _____

ד. אחר(פרט) _____

המידע המופיע בשאלון הינו סודי ונועד לשמש את צוות אגף החינוך, למען רווחת הילד ושילובו המיטבי במעון.

תודה על שיתוף הפעולה,
צוות גוונים

חתימת ההורה: _____

בקשת הורים למתן טיפול תרופתי במסגרת המעון

מסמך זה כתוב בלשון זכר מטעמי הנוחות בלבד

אל: הצוות החינוכי של המעון _____

שלום רב,

הנדון: בקשה למתן טיפול תרופתי לבני במסגרת המעון

אני, הורה/אפוטרופוס של הילד _____ ת"ז _____

מבקש מצוות המעון לתת לבני את התרופה _____

במינון של _____

במקרים כגון _____

בידיעתי, באחריותי ובהתאם להוראת הרופא המטפל המצורפת בזה באחריותי להודיע למעון על כל שינוי שיחול במצב הבריאות של הילד או בהנחיה הרפואית.

במקרה של תופעות לוואי כגון _____

או כל שינוי חריג במצב בריאותו של הילד יש להודיע ל _____ טלפון _____

הבקשה תקפה מתאריך _____ עד תאריך _____

(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת הלימודים הנוכחית).

הריני לאשר כי בני רשאי לבקר במעון ולקבל את התרופה הנ"ל במסגרת המעון, ע"י הצוות החינוכי.

שם פרטי ושם משפחה _____ תאריך _____ חתימה _____

אישור רופא מטפל למתן טיפול תרופתי במסגרת המעון

מסמך זה כתוב בלשון זכר מטעמי הנוחות בלבד

אל: הצוות החינוכי

במעון: _____

הנדון: מתן טיפול רפואי במעון

שם הילד: _____ ת"ז: _____

סובל מ: _____

במקרים כגון או בתדירות של: _____

שהמאפיינים שלהם הינם: _____

יש לתת לילד את התרופה: _____

(יש לכתוב באותיות לטיניות)

במינון כדלקמן: _____

במקרה של תופעות לוואי כגון _____ או שינוי חריג במצב בריאותו, יש להודיע

להורי הילד ובמידת הצורך, לפנותו למוקד חירום (מד"א, מרפאה או בית חולים).

הריני לאשר כי הילד רשאי לבקר במעון וכי אפשר לתת לו את הטיפול התרופתי במסגרת המעון, בעת הצורך.

הבקשה תקפה מתאריך _____ ועד תאריך _____
(תוקף הבקשה לא יעלה על שנת הלימודים הנוכחית)

בתודה,

שם פרטי ושם משפחה _____ מס' רישון _____

המוסד הרפואי _____ חתימה וחותמת הרופא _____

- יש לכתוב בכתב יד ברור וקריא, ולצד כל מילה הכתובה בלועזית יש להוסיף את התרגום בעברית.

כתב התחייבות לתשלום שכר לימוד למעון

מסמך זה כתוב בלשון זכר מטעמי הנוחות בלבד

1. למשלמים באמצעות הוראת קבע יש לצרף לטופס הרישום אישור להקמת הרשאה לחיוב

החשבון ע"י החברה העירונית "גוונים אריאל" – קוד מוסד- 53149.

2. ימולא ע"י המשלמים באמצעות כרטיס אשראי

עבור השתתפות ילדינו במעון: _____ המופעל ע"י החב' העירונית "גוונים אריאל":
הנגנו מתחייבים לשלם לכם מידי חודש בחודשו, החל מ- ____/____/____ ועד ליום 8/8/
(להלן תקופת שנת הלימודים), שכר לימוד בסך _____ ב- _____ תשלומים שווים
באמצעות כרטיס אשראי מסוג ויזה/ישראכרט/ אמריקן אקספרס/ (אחר-לא מתקבל דיינרס)

שמספרו _____ בתוקף עד _____
שם בעל הכרטיס _____ ת.ז. _____

* עבור ילדי מעון "ניצנים" -

ידוע לי כי עד לקבלת הדרגה מטעם האגף למעונות יום שכר הלימוד הינו עפ"י התעריף מלא.
לאחר קבלת הדרגה תיערך התחשבות רטרואקטיבית מיום קביעת דרגת הזכאות.

הנני מצהיר כי ניתן לי זמן סביר לעיון בהתחייבות זו וקראתי את תקנון הרישום
המופיע באתר החברה העירונית "גוונים" (ניתן לקבל העתק גם במזכירות החברה),
הנני מצהיר כי קראתי את יתר סעיפי הסכם זה, הוראותיו ברורות לי ואני מתחייב
לקיימו על כל סעיפיו.

ולראיה באתי על החתום:

שם הורה החותם: _____ חתימת הורה: _____

תאריך ביצוע הרישום: _____



n.l.u

נספח לטופס הוראת קבע

נרשמת/ת יקר/ה,

יש לצרף מסמך זה לטופס "הוראה לחיוב חשבון" ולהעבירם יחד על מנת שנוכל לשייך
בין הנרשם לבין פרטי הבנק:

פרטים אישיים של הוריי הילד/ה:

שם מלא של האם _____ ת.ז. _____ נייד _____
שם מלא של האב _____ ת.ז. _____ נייד _____

פרטי הילד/ה:

שם הילד/ה _____ מין: ז/ג _____ ת.ז. _____
כיתה _____ גיל _____ בית ספר/גן: _____

יש להחזיר טופס זה בצירוף הטופס שחתום ע"י הבנק לפקס 03-9088372

בברכה

צוות גוונים

הוראה לחיוב חשבון

תאריך: / /

מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון
5	3	1	4	9					

לכבוד: _____
 במק: _____
 סניף: _____
 כתובת הסניף: _____

1. אנו הח"מ _____
 שם בעלי החשבון בסניף מספר חשבון _____
 מס' חשבוני / מס' ח.פ. _____

כתובת: _____
 חשב: _____
 מספר: _____
 עיר: _____
 מיקוד: _____

נותן / ים לכם בזה, הוראה לחיוב את חשבוני / נו חנייל בסניפכם, בגין: חוגים ופעילות בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מונטי על ידי: החברה העירונית "גוונים אריאל" בע"מ כמפורט מטה ב"פרטי החרשאה".

2. ידוע למנו כי:
 א. הוראה זו ניתנת לביטול ע"י חרעה ממני / מאתנו בכתב לבנק ול: החברה העירונית "גוונים אריאל" בע"מ שתיכנס לתוקף יום עסקים אחד לאחר מתן החרעה בבנק וכן ניתנת לביטול על פי הוראת כל דין.
 ב. אחיה / נחיה רשאי / ס לבטל מראש חיוב מסוים ובלבד שהודעה על כך תימסר על ידנו לבנק בכתב, לפחות יום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
 ג. אחיה / נחיה רשאי / ס לבטל חיוב, לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב, אם אוכית/עמית לבנק, כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב החרשאה, אם נקבעו.
 ד. ידוע למנו כי הפרטים שצוינו בכתב החרשאה ומילויים, הם נושאים שעלמנו להסדיר עם חמוטב.
 4. ידוע למנו כי סכומי החיוב על פי החרשאה זו, יופיעו בדפי החשבון, וכי לא תישלח למנו על ידי חבנק, הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
 5. חבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב החרשאה זו, כל עוד מצב החשבון לאפשר זאת, וכל עוד לא תחיה מניעת חקיקת או אחרת למצונו.
 6. חבנק רשאי להוציאנו מן החסדר המפורט בכתב החרשאה זו, אם תחיה לו סיבה סבירה לכך וידוע למנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו, ותוך ציון הסיבה.
 7. נא לאשר ל: החברה העירונית "גוונים אריאל" בע"מ בספת המחובר לזה, קבלת חוראות אלו ממני / מאתנו.

פרטי החרשאה

1. [] סכום החיוב ומועדו ייקבע מעת לעת על ידי: החברה העירונית "גוונים אריאל" בע"מ על פי: ההסכם עם חלקוק

2. [] פרטי החיוב:

חודש	סכום	מועד	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון
[] חדשי									
[] דו-חדשי									
[]									

חתימת בעלי החשבון _____
 אישור חבנק _____

לכבוד _____

מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון	מספר חשבון
5	3	1	4	9					

החברה העירונית "גוונים אריאל" בע"מ
 רחוב העצמאות 5
 אריאל
 40700

קיבלנו חוראות מ: _____
 ואשר מספר חשבוננו: בבנק יחיד נקוב בהם, והכל בהתאם למפורט בכתב החרשאה. - רשמנו לפנינו את החוראות והפעל בהתאם, כל עוד מצב החשבון לאפשר זאת, כל עוד לא תחיה מניעת חקיקת או אחרת למצונו, כל עוד לא תתקבלה אצלנו חוראת ביטול בכתב על ידי בעלי החשבון, או כל עוד לא הוצאו/בעלי החשבון מן החסדר. - אישור זה לא יפעל בהתחייבויותיכם כלפינו, לפי כתב השימור שנחתם על ידכם.

בכבוד רב,
 חתום: _____
 סניף: _____
 תחנת חתומות הסניף _____

מקור: חתום זה, על סמך חקיקת, יושלח לבעלי חשבון, חתום ממנו יימסר לבעלים.
 (2.99)