

הסכם השתתפות "בייבי פנאי" לשנת תשפ"ו 2025-2026

תאריך: _____
שם הילד/ה: _____ שם משפחה _____
ת.ז: _____ תאריך לידה: _____
כתובת: _____
הילד/ה בעל/ת רגישות למזון כן/ לא | במידה והילד/ה בעל/ת רגישות למזון אנה פרט
מהי _____

ההורים מתחייבים לחתום על כתב התחייבות לקליטת ילד עם מוגבלות רפואית בצהרון (נספח נפרד).
במידה ויש לילד אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת לתלמיד בעל אלרגיה מסכנת חיים".

הורה 1: _____ ת.ז: _____
סלולר: _____
הורה 2: _____ ת.ז: _____
סלולר: _____

כתובת מייל: _____

פרטי המשלם ואמצעי התשלום:

- לא ניתן לשלם עם כרטיסי אשראי מסוג אמריקן אקספרס, דינרס ודירקט(חיוב מיידית).

מספר כרטיס אשראי: _____ / _____ / _____ / _____ תוקף: _____ סוג
כרטיס: _____
שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז בעל הכרטיס: _____

נרשם ביחידה - יש להקיף בעיגול: תינוקיה / פעוטון / פעוטוגן.

עד השעה: 16:00 / 17:00 .

כללי:

- הפעילות תתקיים במהלך כל תקופת שנת הלימודים בתאריכים: 01.09.2025 ועד 10.08.2026.
למעט בזמני החופשות המצוינים בלוח החופשות שיינתן בתחילת השנה.
שעות הפעילות בפעוטון הינם בימים א-ה בין השעות 7:05-16:00 ובימי ו' בשעות 7:05-12:30
יש אפשרות לתשלום נוסף עד השעה 17:00 .
- העשרה – יינתן חוג העשרה אחד מידי שבוע.
- הולכת ילד/ה לפעוטון ואו ממנה, תעשה ע"י ההורים ובאחריותם המלאה. מסירת ילד/ה לאחר תאסר, אלא אם ינתן לכך אישור בכתב מההורים.
- כל הגעה לאיסוף הילד/ה מהמעון לאחר השעה הנקובה תחשב כאיחור. הורה שאיחר יגבה ממנו סכום של 15 ₪ מ-10 דקות איחור 30 ₪ .

5. קבלת ילד/ה לפעוטון מותנית בתשלום בסך 300 ₪ דמי רישום וביטוח (שלא יוחזרו) וכן הסדר תשלום שנתי למפרע מחודש ספטמבר ועד אוגוסט כולל.

6. עבור פעילות בין השעות 07:05-16:00

תינוקיה-3395 ₪ לחודש.

פעוטון-3210 ₪ לחודש.

פעוטוגן-2865 ₪ לחודש.

עבור פעילות בין השעות 07:05-17:00

תינוקיה-3665 ₪ לחודש.

פעוטון-3460 ₪ לחודש.

פעוטוגן-3245 ₪ לחודש.

* ילד המתקבל בין ה-1 לחודש ועד ה-15 לחודש – יחויב בתשלום מלא.

* ילד המתקבל בין ה-15 לחודש ועד ה-30 לחודש – יחויב ב 50% מהתשלום לאותו חודש.

הפסקת השתתפות

- בקשות לביטולים יוגשו בהתראה של 30 יום מראש בכתב, בקשות לביטולים יטופלו אך ורק לאחר מילוי טופס ביטול והגשתו לעמותה. יש לוודא כי הבקשה נקלטה בעמותה. לא יעשו ביטולים בטלפון. בקשת ביטול חייב בתשלום עבור החודש העוקב לחודש שבו הוגשה הבקשה (הילד/ה יהיו רשאים לשהות בפעוטון בחודש זה). יודגש כי לא יוחזרו דמי הרישום בסך 300 ₪. ניתן לבטל הרשמה לשנת פעילות תשפ"ו עד ה-1/7/25, אין החזר של דמי הרישום. במידה והביטול יתקבל לאחר 01.07.2025, תבוצע גבייה עבור חודש ספטמבר 2025 בקיזוז דמי הרישום.
- לאחר תאריך 30/04/2026 לא יתקבלו בקשות ביטול מכל סיבה שהיא ולא יתאפשר החזר כספי. התשלום יהיה עד סוף שנת פעילות תשפ"ו.

1. העמותה תהיה רשאית להחליט על פתיחה ו/או סגירת הפעוטון. פתיחת פעוטון כפופה למספר הנרשמים, להנחיות רשמיות, ובשיקול דעתה של העמותה. יודגש כי אין התחייבות מצד העמותה מעצם רישום זה לפתיחת ו/או קיום קבוצת פעוטון כלשהי.
2. במקרה שבנסיבות בלתי צפויות ו/או בריאותיות ו/או צווי הגבלה במשק ו/או מלחמה ו/או מחלה ו/או מגיפה וכיוצ"ב לא יהיה צוות מספיק לפתיחת הפעוטון, לעמותה יש זכות להודיע על אי פתיחת ו/או אי קיום ו/או סגירת הפעוטון ו/או כל פתרון אחר, באופן קבוע ו/או זמני, מבלי שתהיה להורים כל טענה ו/או דרישה בעניין. במקרה של סגירת פעוטון באופן זמני ו/או קבוע, יוחזרו סכומים ששולמו לעמותה מראש, בגין הימים שבהם הפעוטון לא פעל ו/או נסגר.
3. הרישום הינו לשנת לימודים מלאה. לא ניתן להירשם לפעוטון לחודש בודד ו/או לתקופה קצובה. הרשמה על בסיס מקום פנוי.
4. ההורים מתחייבים כי לא ישלחו ילד/ה לפעוטון אם הילד/ה לא מרגישה טוב, חולה, סובלת מחום, דלקת עיניים, שלשול, או כל מחלה אחרת וכי החזרת הילד/ה רק לאחר 24 שעות בהן לא סבל משום תסמין של חולי ועם אישור רפואי כתוב וחתום מרופא הילדים מעל 4 ימי היעדרות, המעיד שהילד/ה בריאה ויכולה להיות בחברת ילדים ובכל מקרה מוסכם בזאת כי חובה על ההורים להגיע מייד עם הדרישה לאסוף את



- הילד/ה שחולה ו/או לא מרגיש טוב. אחריות מכל מין ו/או סוג כלשהיא, במשלוח ילד/ה חולה ו/או שאינו מרגיש בטוב, חלה על ההורים בלבד.
5. בכל מקרה של העדרות הילד/ה מהפעוטון ישולם מלוא שכר הלימוד בגין תקופת ההיעדרות.
6. העמותה שומרת לעצמה את הזכות להפסיק את השתתפותו של ילד/ה מפאת חוסר התאמה, בעיית התנהגות, מכל סיבה שהיא. במקרה של הפסקת השתתפות תינתן, ככל הניתן, התראה להורים של שבוע ימים מראש. גביית תשלומים בגין השתתפות בפעוטון תיפסק החל ממועד הפסקת ההשתתפות ואילך.
7. העמותה שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מחירי שכר הלימוד בפעוטון במקרה של התייקרויות חריגות, ומתחייבת לעדכן את ההורים.
8. ידוע לי כי פעילות העמותה מצולמת ואני מאשר/ת בחתימתי את פרסום תמונות בני/בתי בערוצי המדיה השונים ובפרסומים עתידיים של פנאי העיר חדרה. בנוסף, אני מאשר/ת קבלת מידע שיווקי לגבי פעילויות פנאי העיר חדרה במייל, SMS וכו'.
9. **במידה ומדובר ברישום ילד/ה להורים גרושים/ פרודים וכיוצ"ב- הריני מצהיר כי הרישום לפעילות על דעתו ובהסכמתו של ההורה השני של הילד. ככל שאין הסכמה- באחריות ההורים לפנות למוקד השירות לתושב 04-9118806 להמשך רישום.**
10. התשלום יבוצע בעת ההרשמה בכרטיס אשראי או המחאות דחויים עבור כל השנה. במקרה של המחאה חוזרת או ביטולה, תגבה העמותה עמלה+ריבית פיגורים כפי שנהוג.
11. ניכוי תשלום עבור הפעוטון יעשה בתנאים קבועים ואחידים ע"י העמותה ומידי חודש בחודשו. זמן הפירעון לא יאוחר מ-15 לחודש בלבד.
12. אנו מסכימים כי אם לא נעמוד במלוא התשלומים או במי מהם, תהיה העמותה רשאית להפסיק את פעילות הילד/ה בפעוטון לאחר מתן התראה של שלושה ימים.
13. **במידה ויש לילד/ה אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת" לילד/ה בעלת אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת לתלמיד בעל אלרגיה מסכנת חיים".**

ולראייה באנו על החתום:

מספר ת.ז.

שם האב/האם וחתימה

פרטים להתקשרות

מוקד השירות לתושב: 04-9118806 טלפונים בייבי פנאי: 04-6202604 / 04-6202750

הצהרה ומידע על בריאות הילד

1. לא ידוע לי על בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובלת/ת בני/בתי והמחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד ביחידה.
2. לבני/בתי מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד ביחידה :

3. במידה ויש לילד/ה אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת" לילד/ה בעל/ת אלרגיה מסכנת חיים + להכניס קישור
4. הנני מתחייב להודיע לאחראית באופן מיידי על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי.
5. במקרה של חוס גבוה הנני מתחייב לבוא לקחת את בני/בתי במהירות האפשרית.
6. ההורים מצהירים כי ברור להם שעל פי הנחיות משרד הבריאות, חל איסור על צוות הגן לתת לילד/ה תרופות כלשהן.

אישור לשעת חירום- עזרה ראשונה ופינוי לבית החולים

אני החתום מטה מאשר כי הילד/ה _____, עלולים לקבל טיפול חירום על-ידי איש החינוך האחראי ביחידה.

כמו כן, הנני מאשר פינוי בשעת הצורך לבית החולים במכונית או באמבולנס, על-ידי אחד מהצוות.

רופא מטפל: _____ קופ"ח _____

תרופות שגרתיות: _____

סוג דם: _____

אלרגיות לתרופות מסוימות: _____

אלרגיות למזון מסוים: _____

מצב בריאותי מיוחד: _____

שם ההורה _____ חתימה _____ תאריך _____

הערות/טלפונים נוספים לשעת חירום:

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הנתונים שנמסרו נכונים.

שם ההורה _____ חתימה _____ X

תאריך _____

פרטי היחידה

מוקד השירות לתושב: 04-9118806 טלפונים בייבי פנאי: 04-6202604 / 04-6202750