

תאריך: \_\_\_\_\_

**טופס התחייבות הורים לנוכחות מלאה בתוכנית הבריאותית המקדמת**

התוכנית הבריאותית המקדמת מתקיימת במשך יומים בשבוע (לרוב בוקר אחד וצהריים אחד) במועדים ובשעות שימסרו בהמשך (השיבוץ נקבע על ידי צוות התוכניות).

כלל הטיפולים הפרטניים ניתנים במתכונת של טיפול משותף הורה וילד.

**ההורים מתחייבים ללוות את ילדם לכל אורך ימי הטיפול.**

**על שני ההורים לקחת חלק בתוכנית לסירוגין (כל שבוע הורה אחר).**

יש לחתום על התחייבות זו.

אנו הורי \_\_\_\_\_ מתחייבים לנכוח באופן סדיר בתוכנית הבריאותית המקדמת, על פי ההנחיות המצוינות למעלה.

הורה א' : שם \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

הורה ב' : שם \_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_