

תכנית התערבות לשעת משבר

לתשומת ליבך: תכנית זו אינה מסמך חוקי אך מומלץ שכל ההורים או המשמורנים החוקיים ימלאו ויחתמו עליה. הדבר יעזור להבטיח כי רצונות המשפחה ילקחו בחשבון בשעת חולי או אשפוז של ההורה או המשמורן החוקי בדבר הטיפול בילדים.

מסמך זה ימולא על-ידי ההורים או האפוטרופסים בהתייעצות עם הילדים, בהתאם לגילם כמובן.

תכנית זו מכילה מידע שיש להשתמש בו בנוגע לילדי.י אם לא אוכל לדאוג להם באופן זמני:

שם הורה:	שם:	טלפון:
הורה הנוסף:	שם:	טלפון:
כתובת:		

הילדים

שם:	תאריך לידה:	תעודת זהות:

אם לא אוכל לדאוג באופן זמני לילדי.י, ארצה שהמבוגרים הבאים ישהו עמו.ם:

שם:	קשר לילד.ים:	טלפונים:

עניין זה סוכם עם האנשים הנזכרים מעלה
הילד.ים יודע.ים איך להגיע אליהם (למשל בתחבורה ציבורית/באיסוף)
אני יודע.ת ליצור עמו.ם קשר כאשר הוא.ם נמצא.ים אצלם
כן / לא
כן / לא
כן / לא

עמוד 1/4





אינני מעוניין. ת. שהאנשים הבאים יבקרו או יטפלו בילדי.י:

אם ישנם מסמכים משפטיים המונעים מאדם לבקר את הילד. ים או לטפל בו. בהם, אנא צרפ.י.

שם: _____ מידע נוסף: _____

_____	_____
_____	_____
_____	_____

אנשים חשובים בחיי הילד. ים שיתכן ויצטרפו ליצור עמו. קשר:

_____	_____	שם:	רופא
_____	_____	שם:	עו"ס
_____	_____	שם:	מחנך. ת.
_____	_____	שם:	מטפל. ת.
_____	_____	שם:	קרוב. ת. משפחה
_____	_____	שם:	הוריו של חבר. ה.
_____	_____	שם:	אחר
_____	_____	שם:	אחר

מידע חשוב אחר:

פרטי מסגרת. ות החינוך של הילד. ים (למשל שם, כיתה, איש. ת. קשר)

פעילויות יומיומיות שהילד. ים משתתף. ים בהן

(למשל חוגים, מפגשים חברתיים, תנועות נוער - ימים, שעות, מיקומים, פרטים נוספים)

תרופות או דרישות רפואיות מיוחדות (למשל אלרגיות או מחלות)

עמוד 2/4





לוח זמנים:

כאן ניתן לפרט את הפעילויות שילדך יך עושה. ים במהלך השבוע (פעילות אחרי בית ספר/גן, פגישות עם חברים, תורים טיפוליים קבועים וכו')

ערב	צהרים	בוקר	
			ראשון
			שני
			שלישי
			רביעי
			חמישי
			שישי
			שבת

עמוד 3/4





אם אתאשפז או איאלץ להיעדר, אם ניתן, אני מעוניינת ש:

☐ הילד ים יבקר ו. אותי אם ארגיש טוב

הערות (למשל אם רק חלקם, מי מהילדים? מי ילווה אותם? האם עוד אדם יהיה נוכח? מתי ואיפה מוטב שתפגשו וכו')

☐ יביאו/ישלחו לי תמונות של הילד. ים לבית החולים

☐ אדבר עם הילד. ים בטלפון אם ארגיש טוב

☐ יראו לילד. ים תמונות שלי על בסיס יומיומי

☐ יתאפשר לי להתכתב עם ילדי. י (למשל לשלוח ולקבל מסרונים / הודעות מייל / ציורים)

☐ אחר

כל מידע אחר:

חתימות:

אני, _____, המשמורן. ית החוקי. ת של _____
(שם מלא) (שמות הילדים)

חתימה: _____ תאריך: _____

אני, _____, המשמורן. ית החוקי. ת של _____
(שם מלא) (שמות הילדים)

חתימה: _____ תאריך: _____

פרטים של שותפים לתכנית, שיש להם העתק שלה:

שם: _____ תפקיד: _____ ארגון: _____ טלפונים: _____

עמוד 4/4

