

סמל מוסד:

שם הגן:

שם הרשות:

אני החתום/ה מטה מאשר/ת בזאת כי קראתי והבנתי את חוזר מריחת לכת פלואוריד בגן הילדים*

לשימוש משרדי בלבד												
סיבת אי ביצוע מריחה	בוצעה מריחה	תוצאות בדיקת שיניים	חתימת ההורה	מאשר/ת מריחת לכת פלואוריד	האם ילדכם אושפז בעבר עקב אסתמה	האם ילדכם אושפז בעבר עקב אלרגיה	סוג האלרגיה	האם ילדכם סובל מאלרגיה	שם פרטי ושם משפחה של ההורה	קופת חולים	תעודת זהות הילד/ה	שם פרטי ומשפחה של הילד/ה
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				
	כן/ לא			כן/ לא	כן/ לא	כן/ לא		כן/ לא				

*חובה למלא את כל השדות