



יוני 2017

קייטנת קיץ באודישין

הקייטנה תיערך בין התאריכים ה- 16-24/8/2017 בשני מחזורים.

מחזור ראשון: 16-20/8/17 (ימים רביעי, חמישי, שישי וראשון), בין השעות 15:30-8:30, יום שישי עד השעה 12:30.

מחזור שני: 21-24/8/17 (ימים שני, שלישי, רביעי וחמישי), בין השעות 15:30-8:30.

הקייטנה תתקיים במרכז הנוער במכבים, רח' ישראל פלד 100, מכבים.

הקייטנה מיועדת למשתתפים על הרצף האוטיסטי – בכל טווח התפקודים בגילאי 6-21. תהיה חלוקה לקבוצות גיל בהתאם לנרשמים.

הצוות המלווה את הקייטנה הנו צוות מנוסה בעבודה עם ילדים על הרצף האוטיסטי.

ההסעה והאיסוף הינם באחריות ההורים.

בקייטנה: רחצה בבריכה, פעילות עם בע"ח, הצגות, חוגים משתנים-ספורט/מוסיקה, יצירה ועוד.

הקייטנה כוללת ארוחת בוקר וארוחת צהריים חמה.

בכל יום יש לשלוח עם המשתתפים תיק ובו: בקבוק מים עם שם, בגד- ים, מגבת, מצופים (אם צריך), בגדים להחלפה, קרם הגנה, כובע ואמצעי תקשורת חלופית במידה וצריך.
לפרטים על תוכן הקייטנה ניתן לפנות למיטל גואטה, רכזת צרכים מיוחדים.

חניכים המוכרים בשירות לטיפול באדם עם אוטיזם במשרד הרווחה- זכאים לקבל טופס השמה לקייטנה המהווה חלק מהתשלום.

כדי לקבל את טופס ההשמה יש לפנות לשכת הרווחה ברשות המקומית ולבקש טופס השמה לקייטנה לפי הפרטים הבאים:

שם המסגרת: קייטנת מודיעין, **סמל המסגרת:** 201479, **סמל תעריף:** 4701.

ללא טופס השמה מהרווחה ניתן להירשם ע"י תשלום תעריף ההשמה (580 ₪) ואישור כי החניך אובחן על הרצף האוטיסטי.

עלות הקייטנה 1,030 ₪, מורכבת מ:

טופס השמה (או תשלום בסכום 580 ₪) + השתתפות הורים בסכום של 450 ₪.

יש לדאוג להסדיר את טופס ההשמה ברווחה לפני תחילת הקייטנה ולהעביר למיטל גואטה מעמדות סחלבים

את הטופס המקורי או התחייבות העו"ס על הנפקת הטופס.

הרשמה לקייטנה:

ההרשמה תתקיים בין התאריכים 9-18/7/2017 בפקס מספר 08-9732084 או במייל:

mital@modiin.matnasim.co.il (לא יתקבלו נרשמים לאחר תאריך זה).

יש לצרף טפסים מלאים וחתומים: שאלון היכרות+ טופס הרשמה+ אישור יציאה+ אישור צילום.

יש לוודא קבלת הרישום במספר 08-9727156 שלוחה 0

רכזת צרכים מיוחדים

עמותת סחלבים - מתנ"ס מודיעין - מכבים - רעות

משרד: 08-9727156 פקס: 08-8615321

mail: tzrachim@modiin.matnasim.co.il



שימו לב!

- מספר המקומות מוגבל.
- פתיחת הקייטנה תלויה במינימום נרשמים.
- לא יינתן החזר כספי למשפחה אשר תבטל רישום לאחר תקופת ההרשמה.
- תושבים מחוץ למודיעין ירשמו על בסיס מקום פנוי.
- במידה ותושב מחוץ למודיעין יתקבל לקייטנה, עליו להעביר טופס השמה מקורי לידי הרכזת עד לתאריך 25/7 במידה והטופס לא יהיה מוכן על ההורה לשלם בכרטיס האשראי שלו ורק שהטופס יתקבל יקבל זיכוי על סכום ההשמה.
- רישום לשני מחזורים על בסיס מקום פנוי ואישור רווחה.

מחכים לראותכם,

צוות הקייטנה.

רכזת צרכים מיוחדים

עמותת סחלבים - מתנ"ס מודיעין – מכבים – רעות

משרד: 08-9727156 פקס: 08-8615321

mail: tzrachim@modiin.matnasim.co.il



יולי 2017

טופס הרשמה – קייטנת קיץ 2017

פרטי ההורים

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
ת.זהות: _____
שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
ת.זהות: _____

פרטי המשתתף

שם + שם משפחה: _____ מס' ת.זהות: _____
תאריך לידה: _____ מין: ז / נ (נא להקיף בעיגול).
כתובת: _____
כתובת דוא"ל: _____
טלפון בבית: _____
נייד אם: _____ נייד אב: _____
טלפון בעבודה: _____
טלפון חירום*: _____ שם: _____
קרבה: _____

על ההורים להיות זמינים במספר שנמסר בכל שעות הפעילות

טופס היכרות ואישורים – קייטנת קיץ 2017

היכרות עם המשתתף

תקשורת

מהי יכולת הדיבור של המשתתף (במידה ויש אמצעי תקשורת משלים, התייחס לשימוש בו):

☐ אינו מדבר ☐ מדבר במילים בודדות ☐ מדבר במשפטים פשוטים ☐ דיבור שוטף

פרט: _____

האם למשתתף אמצעי תקשורת אחר? כן/לא האם זקוק לאמצעי התקשורת גם להבנת שפה? כן/לא

פירוט על אמצעי התקשורת: _____

• במידה ולמשתתף אמצעי תקשורת משלים – הינכם מחויבים להביאו לקייטנה.

רכות צרכים מיוחדים

עמותת סחלבים - מתנ"ס מודיעין - מכבים - רעות

משרד: 08-9727156 פקס: 08-8615321

mail: tizrachim@modiin.matnasim.co.il



הערות	חלקי	לא	כן	
				מבין הוראות פשוטות
				מבצע הוראות פשוטות
				מבין הוראות מורכבות
				מבצע הוראות מורכבות
				מבין הוראות בטיחות
				פועל על פי הוראות בטיחות

הערות	זקוק לתמיכה קבועה	זקוק לתמיכה מוגברת	זקוק לתמיכה לסירוגין	זקוק לתמיכה מוגבלת	עצמאי לחלוטין	
						אכילה
						לבוש
						רחצה שטיפת ידיים ופנים
						צרכים
						שטיפת ידיים לאחר השירותים
						חציית כביש

שיתוף פעולה ופעילויות

מהן הפעילות שהמשתתף אוהב לעשות?

מהן הפעילויות שהמשתתף לא אוהב?

האם קיים קושי במעבר בין פעילויות/שינויים? כן/לא מה ניתן לעשות כדי להקל בכך?

מהם הדברים המרגיעים את המשתתף?

פרט	לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות	רוב הזמן	
				מצב רוח יציב
				אלימות כלפי עצמו
				אלימות כלפי הסביבה
				הרסנות

רכזת צרכים מיוחדים

עמותת סחלבים - מתנ"ס מודיעין - מכבים - רעות

משרד: 08-9727156 פקס: 08-8615321

mail: tzrachim@modiin.matnasim.co.il



				התפרצויות
				אובססיות
				התנהגות לא נאותה/מוזרה
				הפרעות אכילה
				טקסים
				נוהג לברוח
				עומד בגבולות
				מקבל סמכות
				דוחה סיפוקים

רגישויות והתנהגות

האם ישנם חפצים שהמשתתף צמוד אליהם? כן/לא אם כן, מהם החפצים? _____

האם מפריעים למשתתף גירויים חזקים? ☐ למגע ☐ לרעשים ☐ לאורות ☐ טעמים/ריחות

פירוט _____

אלרגיה (גלוטן, לקטוז וכד') / רגישות מיוחדת _____

תרופות שמקבל מחוץ לשעות הפעילות _____

- שימו לב כי נתינת תרופות בזמן הפעילות תתבצע אך ורק על ידי ההורים.
לא יתנו תרופות כלל על ידי צוות הקייטנה והמתנדבים.

הערות ודברים נוספים שחשוב לדעת _____

_____:

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימה _____

רכות צרכים מיוחדים

עמותת סחלבים - מתנ"ס מודיעין - מכבים - רעות

משרד: 08-9727156 פקס: 08-8615321

mail: tzrachim@modiin.matnasim.co.il



אישורים

אל רכז הקייטנה
מאת הורי המשתתף

שם פרטי + משפחה _____ מס' ת. זהות _____ תאריך לידה _____

אני מצהיר/ה בזאת, כי:

☐ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה ומטעמה.

☐ יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה ומטעמה, כדלקמן:

- ☐ פעילות גופנית
- ☐ פעילות עם בעלי חיים
- ☐ פעילות אחרת _____

תיאור המגבלה _____

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של: _____

☐ יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית :

אסטמה ☐ כן ☐ לא ☐ פירוט _____

אפילפסיה ☐ כן ☐ לא ☐ פירוט _____

סוכרת נעורים ☐ כן ☐ לא ☐ פירוט _____

אחר _____

רגישויות/ אלרגיות כן ☐ לא ☐ פי ☐ ט _____

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה _____
שם, כתובת ומס' טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית

תיאור אופן הטיפול:

תאריך _____ שם ההורים _____ חתימת ההורים _____ ת"ז ההורים _____

אישור לפרסום צילום

אנו : שם _____ ת"ז : _____

שם : _____ ת"ז : _____

אפטרופסי המשתתף שם : _____ ת"ז : _____

מאשרים את פרסום צילומו של ילדנו לשימוש סחלבים/אקדם/אלו"ט _____

תאריך : _____ חתימה : _____

תאריך : _____ חתימה : _____

טופס הצהרה על רגישות
אל רכז הקייטנה

רכז צרכים מיוחדים

עמותת סחלבים - מתנ"ס מודיעין - מכבים - רעות

משרד: 08-9727156 פקס: 08-8615321

mail: tzrachim@modiin.matnasim.co.il



מאת הורי המשתתף

תאריך לידה

מס' ת. זהות

שם פרטי + משפחה

אני מצהיר/ה כי :

☐ לא ידוע לי על רגישות כלשהי לבני/בתי.

☐ ידוע לי כי לבני/בתי יש רגישות/רגישויות כדלקמן :

סוג הרגישות : _____

תיאור הרגישות : _____

דרכי טיפול : _____

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה _____ ת"ז ההורה _____

אישור יציאה מהמבנה

אני _____ (שם האב)

אני _____ (שם האם)

הורים/אפוטרופוסים של _____

מאשר/ת לבני/בתי לצאת ממבנה הקייטנה בזמן הפעילות בליווי של
חונך/מדריך.

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה _____ ת"ז ההורה _____

רכות צרכים מיוחדים

עמותת סחלבים - מתנ"ס מודיעין - מכבים - רעות

משרד: 08-9727156 פקס: 08-8615321

mail: tzrachim@modiin.matnasim.co.il