

הצהרת / אישור הורים

על מצב הבריאות של בני / בתי

המשתתף/ת בפעילות נוער טירת כרמל

יציאה לימית 2000

תאריך היציאה: 14.8.17

איסוף מרחבת המתנ"ס בשעה 9:30

חזרה הביתה - 18:00

פרטי התלמיד:

שם: _____

בית הספר: _____

כיתה: _____

מין: ז' / נ'

אני מצהיר בזאת כי: יש להקיף בעיגול:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בתנועת הצופים
- יש לבני / בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:

פעילות גופנית	טיולים	פעילות אחרת
תיאור המגבלה:		

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

3. יש לבני / בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

שם+כתובת+טלפון לפנייה בשעת מצוקה: _____

4. בני / בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:	
--	--

סוג התרופה

תיאור אופן הטיפול

5. בני / בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בציוד הרפואי הבא: (משאף, ערכת זריקות וכד')

6. הנני מאשר/ת לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / אחר: _____)

בני / בתי יודע/ת לא יודע/ת לשחות

אני מאשר/ת לא מאשר/ת לבני / בתי להשתתף בפעילות של רחצת לילה.

הריני לאשר כי קראתי את תוכנית הפעילות, ידועים לי כל פרטיה והנני מסכים/שבני/בתי ישתתפו בה

תאריך	שם ההורה	מספר ת.ז.	טלפון נייד	חתימת ההורה
-------	----------	-----------	------------	-------------