



# הצהרת / אישור הורים

## על מצב הבריאות של בני / בתי

### המשתתף/ת בפעילות תנועת הצופים

נא להקיף בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

				סמינר דו יומי		
--	--	--	--	------------------	--	--

**מקום הפעילות:** כפר הנוער בן שמן **סוג הפעילות:** סמינר מיון משלחת ארה"ב

29/12/17	30/12/17		
----------	----------	--	--

עד תאריך מתאריך שבט הנהגה

--	--	--	--	--	--

שם משפחה שם פרטי מס' ת.ז. מין תאריך לידה כיתה

**יש לסמן 1 או 2** אני מצהיר בזאת כי:

- 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 בצידוד 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/ה שבני/בתי ישתתפו בה**

--	--	--	--	--

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