



## הצהרת / אישור הורים

על מצב הבריאות של בני / בתי המשתתף/ת בפעילות תנועת הצופים

נא להקיף בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

מחנה קיץ	קורס	טיול שבטי	טיול הנהגתי	יום שבט	פעילות ימית	אחר
----------	------	-----------	-------------	---------	-------------	-----

מקום הפעילות: \_\_\_\_\_ סוג הפעילות: \_\_\_\_\_

ירושלים	רועי	שבת	מתאריך	עד תאריך
---------	------	-----	--------	----------

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מגדר	תאריך לידה	כיתה
----------	---------	----------	------	------------	------

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 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 לשחותאני  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
-------	----------	-----------	------------	-------------