



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

נא להקפד בעיטל את הפעילות הרלוונטית:

מחנה קיץ	קורס	טיול שבסי	טיול קהגנתי	יום שבסי	פעילות ימית	אחר
----------	------	-----------	-------------	----------	-------------	-----

מקום הפעילות: אזור ירושלים סוג הפעילות: טיול אתגר

רמת גן	אילת	15/03/13	19/03/13
התנהג	שבס	מתאריך	עד תאריך

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

אני מצהיר בזאת כי:

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

פעילות אחרת	סוליס	פעילות אחרת
תיאור המגבלה		

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה של _____

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

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה של _____

שם+כתובת+טלפון לפניה בשעת מצוקה: _____

	4. בני / בתי מקבלות את הטיפול התרופתי הזה:
סוג התרופה	תיאור אופן הטיפול

5. בני / בתי נעזרות בכוחות עצמם/עצמה בציד הרפואי הבא: (משאף, שרסת זריקות וכו')

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 מסכימה שבני/בתי ישתתפו בה

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

הילד הוא צמחוני / לא צמחוני