



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

נא להקפד בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

מחנה קיץ	קורס	טיול שבסי	טיול הנהגתי	יום שבס	פעילות ימית	אחר
----------	------	-----------	-------------	---------	-------------	-----

מקום הפעילות: _____ אזור הצפון _____ סוג הפעילות: _____ טיול ים אל ים _____

רמת גן	אילת	15/03/13	19/03/13
הנהגה	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 המערכת בתנועת הצופים
2. יש לבני / בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:

פעילות מפגש	סיולים	פעילות אחרת
תיאור המגבלה		

מצרף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

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

מצרף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

שם+כתובת+סלפון לפנייה בשעת מצוקה: _____

שם התורמה	תיאור אופן הטיפול

4. בני / בתי מקבלות את הטיפול התרופתי הזה:

5. בני / בתי מעוררת בכוחות עצמם/עצמה ביצוע הרפואי הבא: (משאף, שרית זריקות וכו')

6. הבני מאשירות לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / אחר: _____)

בני / בתי יודע/ת לא יודע/ת לשחות

אני מאשירות לא מאשירות לבני / בתי להשתתף בפעילות של רחצת לילה.

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

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

הילד הוא צמחוני / לא צמחוני