



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

בא להקיף בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

מחנה קיץ	קורס	<input type="checkbox"/> טיול שבטי	<input checked="" type="checkbox"/> טיול הנהגתי	<input type="checkbox"/> יום שבט	פעילות ימית	אחר
----------	------	------------------------------------	---	----------------------------------	-------------	-----

מיקום הפעילות: _____ אזור ים המלח סוג הפעילות: טיול כוכב הנהגתי

רמת גן	אילת	15/03/13	19/03/13
הנהגה	שבט	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 מאפנת	סוגים	פעילות אחרת
תיאור המגבלה		

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

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

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

שם+כתובת+סלפון לפנייה בשעת מצוקה: _____

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

5. בני / בתי מעורבת בכוחות עצמו/עצמה בנייד הרפואי הבא: (משאף, שרבת זריקות וכו')

6. הנני מאשרת 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.	סלפון נייד	חתימת ההורה

הילד הוא צמחוני / לא צמחוני