



טופס הרשמה לפעילות בתנועת הצופים העבריים בישראל (ע"ר) ואישור הורים להשתתפות בפעילות לשנת פעילות

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מופנה לזכר ונקבה כאחד.

עמוד 1 - פרטי המשפחה

רקע

תנועת הצופים הינה תנועת נוער ממלכתית ציונית אשר פועלת בכל רחבי הארץ בכ-180 שבטים. התנועה הוקמה בשנת 1919 ומונה כיום מעל 60,000 חניכים. התנועה מיועדת לילדים ובני נוער בכיתה ד'-יב' ופועלת בימי הפעילות השוטפים במשך השנה ובמסגרת מפעלים, טיולים ומחנות לאורך כל השנה.

הנהגה _____ שבט _____

פרטי ההורים

שם האב _____ שם משפחה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____
ת.ז. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] עבודה/עיסוק _____ טלפון נייד _____ דוא"ל _____
באם היית חניך בעבר בתנועת הצופים, שם הנהגה _____ שם שבט _____ שנת סיום יב' _____
האם מעוניין להתנדב לצופים כן / לא האם הנך מע"ר / חובש / רופא / נושא נשק מוסמך

שם האם _____ שם משפחה _____ ארץ לידה _____ שנת עליה _____
ת.ז. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] עבודה/עיסוק _____ טלפון נייד _____ דוא"ל _____
באם היית חניך בעבר בתנועת הצופים, שם הנהגה _____ שם שבט _____ שנת סיום יב' _____
האם מעוניין להתנדב לצופים כן / לא האם הנך מע"ר / חובש / רופא / נושא נשק מוסמך

אחים/ות בצופים

שם פרטי ומשפחה _____ כיתה _____ ת.ז. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
שם פרטי ומשפחה _____ כיתה _____ ת.ז. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
שם פרטי ומשפחה _____ כיתה _____ ת.ז. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
שם פרטי ומשפחה _____ כיתה _____ ת.ז. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

מאשר הפרטים הרשומים בעמוד זה:

שם ההורה _____ חתימת ההורה _____ תאריך _____



עמוד 2 - פרטי החניך

פרטים אישיים של החניך - יש למלא טופס נפרד עבור כל אחד מילדי המשפחה אשר הנם חניכים בצופים

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר ת.ז.

תאריך לידה _____ / _____ / _____ מין ז / נ

כתובת: עיר _____ שכונה _____ רחוב _____ מספר _____ מיקוד _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____ דוא"ל _____

פרטים נוספים

קבוצה בשבט בצופים _____ שם בית הספר בו לומד החניך _____ כתה _____

קופת חולים בה חבר החניך _____ צמחוני כן / לא

הצהרת בריאות

הנני מצהיר בזאת כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ בתי להשתתף בפעילות צופית כלשהי
2. יש לבני/ בתי מגבלה בריאותית כדלקמן:

א. יש לבני/ בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד') _____

אנא תאר את המגבלה _____

ב. האם יש לבני/ בתי מגבלות רפואיות המחייבות תזונה מיוחדת כגון צליאק, רגישות ללקטוז, G6PD, אחר _____

ג. יש לבני/ בתי אלרגיה ל _____ ובשל כך בני/ בתי נוטלים תרופות _____

ד. על בני/ בתי לשאת באופן קבוע את התרופות הבאות _____

ה. אנא ציין שם וטלפון נייד אשר ניתן לפנות בשעת מצוקה בגין מגבלות בריאותיות _____

ו. פרטי וטל' הרופא המטפל אשר ניתן לפנות בשעת מצוקה בגין מגבלות בריאותיות _____

באם לחניך מגבלות בריאותיות באחריות ההורה להעביר אישור רפואי עדכני בכל שנה למרכז השבט

אישור השתתפות בפעילות מים

- בני/ בתי יודעים/ת לשחות ואני מאשר לו/ לה להשתתף בפעילות מים.
- בני/ בתי יודעים/ת לשחות אך איני מאשר לו/ לה להשתתף בפעילות מים.
- בני/ בתי אינו/ אינה יודעים/ת לשחות ואיני מאשר לו/ לה להשתתף בפעילות מים.

כללי

אישור השתתפות בפעילות התנועה:

אני מאשר השתתפות בני/ בתי להצטרף לתנועת הצופים ולהשתתף בפעילות במסגרת התנועה.

אישור קבלת מסרונים:

ידוע לי, כי הפרטים שנמסרו על ידי ישמשו לצורך קבלת מסרונים ועדכונים לרבות באמצעות הדואר האלקטרוני.

במידה ואינך מעוניין לקבל עדכונים כאמור אנא סמן זאת כאן

מאשר הפרטים הרשומים בעמוד זה:

שם ההורה _____ חתימת ההורה _____ תאריך _____