



# הצהרת / אישור הורים

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



## נא לסמן את הפעילות הרלוונטית

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

## נא למלא את הפרטים הבאים:

מקום הפעילות: \_\_\_\_\_  
 הנהגה: \_\_\_\_\_ שבט: \_\_\_\_\_ טווח תאריכים: \_\_\_\_\_  
 שם מלא: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ מין:  זכר  נקבה

## אני מצהיר/ה בזאת כי:

לא ידוע/ה 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 המגבלות: \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י: \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

יש לבני / בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפליפסיה וכד')

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י: \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

במידה ומתקיים מצב חירום/מצוקה יש לפנות לאיש/ת הקשר הבא/ה:



שם מלא \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הבא:

סוג התרופה \_\_\_\_\_ אופן הטיפול \_\_\_\_\_

סוג התרופה \_\_\_\_\_ אופן הטיפול \_\_\_\_\_

בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות): \_\_\_\_\_

הנני מאשר/ת לבני/בתי להשתתף בפעילות שכוללת רחצה (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 מסכים/ה שבני/בתי ישתתפו בה. כמו כן, מאשר ההורה בהסכמה בלתי חוזרת כי הרחקת/פינוי החניך/ה מהפעילות וכן דרך, מועד ואופן עזיבת החניך/ה את הפעילות תהיה בהתאם לשיקול דעתו/ה הבלעדי של מנהל/ת הפעילות בשטח לאחר שקיבל/ה את אישור הגורמים הרלוונטיים בתנועה ובהתאם לנהליה.

