



# הצהרת / אישור הורים

## על מצב הבריאות של בני / בתי

### המשתתף/ת בפעילות תנועת הצופים

נא להקיף בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

מחנה קיץ	קורס / סמינר	טיול שבטי	טיול הנהגתי	יום שבת / יום צופה	פעילות ימית	אחר
----------	--------------	-----------	-------------	--------------------	-------------	-----

מקום הפעילות: \_\_\_\_\_ סוג הפעילות: \_\_\_\_\_

החורש הנהגה	בני היער שבט	מתאריך	עד תאריך
-------------	--------------	--------	----------

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת"ז	מגדר (ז/נ)	תאריך לידה	כיתה
----------	---------	---------	------------	------------	------

i. אני מצהיר בזאת כי (נא לסמן את האפשרויות הרלוונטיות):

לא ידוע 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 המגבלה		

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

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

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

שם+כתובת+טלפון לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_

סוג התרופה	תיאור אופן הטיפול
------------	-------------------

בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בציוד הרפואי הבא: משאץ; ערכת הזרקה; \_\_\_\_\_

ii. הנני  מאשר/ת  לא 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 מסכים/ה שבני/בתי ישתתפו בה

תאריך	שם ההורה	מספר ת"ז	טלפון נייד	חתימת ההורה
-------	----------	----------	------------	-------------