



הצהרת / אישור הורים



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

נא לסמן את הפעילות הרלוונטית

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

נא למלא את הפרטים הבאים:

מקום הפעילות: _____
 הנהגה: _____ שבט: _____ טווח תאריכים: _____
 שם מלא: _____ תעודת זהות: _____
 תאריך לידה: _____ ביתה: _____ 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.

תאריך _____ שם ההורה _____ ת"ז _____ טלפון נייד _____ חתימת ההורה _____

