



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



נא להקיף בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

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

מקום הפעילות: _____ סוג הפעילות: _____

הנהגה	שבת	מתאריך	עד תאריך
-------	-----	--------	----------

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מגדר	תאריך לידה	כיתה
----------	---------	----------	------	------------	------

אני מצהיר בזאת כי:

- 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: _____

4. בני / בתי מקבלת את הטיפול התרופתי הזה: _____

סוג התרופה תיאור אופן הטיפול

- בני / בתי נעזרת/ת בכוחות עצמו/עצמה בציוד הרפואי הבא: (משאף, ערכת זרקות וכד')

- הנני 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
-------	----------	-----------	------------	-------------