**הצהרת בריאות ואישור הורים על השתתפות בפעילות של ארגון הנוער השומר החדש**

שם המפעל: מסע ז' תאריך המפעל: 29.7 – 1.8

מאת: הורי החניך/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

השם הפרטי מס' ת"ז כיתה

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המין: ז/נ

מועצה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת מגורים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_כתובת מייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' טלפון נייד חניך/ה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת **התנועה החדשה במסגרת השומר החדש** ומטעמה.

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות ארגון הנוער ומטעמו כדלקמן:

סמן בעיגול - פעילות גופנית / טיול / עבודה פיזית חקלאית / פעילות אחרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').

לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בני/בתי סובל/ת מרגישות למזון: צמחוני/טבעוני/צליאק/לקטוז/ אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.

האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_לתקופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.

8. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

9. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע את ארגון הנוער השומר החדש על אודותיו:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. ידוע לי כי תמונותיו של בני/בתי אפשרי שיפורסמו ברשתות החברתיות של ארגון השומר החדש או באתר האינטרנט.

11. חניכים שיצטרכו להתפנות הביתה עקב מחלה/פציעה יפונו בתיאום עם ההורים ומועצה ובאחריות ההורים.

12. הארגון אינו סבלני כלפי התנהגות שאינה הולמת לחניך/ה ולבעל/ת תפקיד במפעל כגון תופעות שתיה, עישון ואלימות מכל סוג.

חניך/ה שיפרו את הסדר ישלחו הביתה במונית על חשבון ההורים או ע"י ההורים וכספם לא יוחזר.

13. יש להימנע מלהביא ציוד יקר ערך למפעל. ציוד אישי אינו מבוטח. ציוד ימצא אבוד בסוף המפעל יישמר במשרדי הארגון למשך חודש.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך שם ההורה חתימת ההורה