**הצהרת / אישור הורים**

על מצב בריאותו של ילדם המשתתף בפעילות תנועת הנוער/ מ. א. דרום השרון

הפעילות הרלוונטית : מחנירית 2017

מקום הפעילות: כפר הבפטיסטים- מקורות הירקון

תאריך הפעילות : 3-4.11.17

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם | שם משפחה | ת.ז | תאריך לידה | מין | כיתה |
|  |  |  |  |  |  |

אני מצהיר בזאת כי:   
1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בתנועת הנוער

2. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, וכד'( מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם + כתובת + טלפון לפניה בשעת מצוקה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. בני/בתי מקבל/ת את הטיפול סוג התרופה התרופתי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.בני/בתי נעזר בכוחות עצמו/עצמה בציוד הרפואי הבא: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו'\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. בני /בתי צמחונים. יש לסמן:  **כן / לא** / בני/ביתי חולי צליאק **כן/ לא**

7. בני/ביתי שומר/ת שבת: **כן / לא**

8. הנני מאשר/ לא מאשר לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / אחר\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (

9. בני/ בתי יודע/ אינו יודע לשחות.

10. אני מאשר / לא מאשר לבני/בתי להשתתף ברחצת לילה .

11. הריני לאשר כי קראתי את תוכנית הפעילות, ידועים לי כל פרטיה, והנני מסכים שבני/בתי ישתתפו בה.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| שם ההורים | שם משפחה | ת.ז | טלפון נייד | חתימה |
|  |  |  |  |  |