



תנועת הנוער של האיחוד החקלאי (ע"ר) ההדרים 22 ב', שדה ורבורג
טלפון: 09-7880088 | פקס: 09-7881159 | דוא"ל: Youth@ihudnik.co.il

אישור הורים בריאותי ומשמעתי

הפעילות:	טיול אמצע לילדי יעד
מקום הפעילות:	הגליל המערבי
סוג הפעילות:	טיול
תאריך הפעילות	15-16/03/19

אישור על הכרות ההורה עם נהלי ההרשמה והמשמעת של תנועת הנוער
נהלי ביטול הרשמה:

נהלי הרשמה	
סיום הרשמה במערכת	15-16.03.19

*ביטול בעקבות ממחלה יאושר על ידי רכז/ת האזור לאחר שליחת טופס אישור מחלה מרופא, הטופס יישלח בטווח של עד יומיים מתאריך תחילת המפעל.

התנהגות בפעילות תנועה

- התנהגות תקינה בפעילויות תנועת הנוער הינה תנאי בסיסי להשתתפות בפעילות.
- ערך כבוד האדם הינו קו מנחה את חניכי ובוגרי תנועת הנוער של האיחוד החקלאי, לפיכך יש לנהוג בכבוד כלפי הקבוצה, המדריך, המדריכים המקצועיים וסגל התנועה. חלק בלתי נפרד מערך הכבוד לזולת הוא גם הכבוד לרכוש ולמקום, על כן יש לשמור על ניקיון ואיכות המתקנים בהם אנו שוהים במהלך הפעילות.
- אין לנהוג באלימות כלפי אף חניך או איש צוות בתנועת הנוער ומחוצה לה.
- קיים איסור מוחלט על עישון ושתיית אלכוהול במסגרת הפעילות התנועתית בכל שעות היממה.
- אין לנהוג בכל דרך המסכנת את בטחון החניך האישי או ביטחונם של אחרים.

הסכמת ההורה

- אני מאשר/ת לפרסם את תמונות בני/בתי מתוך הפעילות באתר / בפייסבוק התנועתי.
- אני מאשר/ת לצוות הרפואי לתת לבני/בתי תרופות אשר לא מחייבות מרשם רפואי.
- חניך אשר יעבור על כללי ההתנהגות הנאותה ישוב לבייתו והורי החניך יידרשו בתשלום הוצאות הנסיעה.
- הריני לאשר כי קראתי את תוכנית הפעילות, ידועים לי כל פרטיה, והנני מסכים שבני/בתי ישתתפו בה. כמו כן הנני מצהיר כי קראתי את נהלי ההרשמה והמשמעת של תנועת הנוער בפעילותה.

אישור על מצב בריאותו של ילדכם המשתתף בפעילות

פרטי החניך:

שם מלא	מס' ת.ז.	זכר	תאריך לידה	כיתה	קופ"ח	יישוב
		נקבה				

- אני מצהיר בזאת כי: (נא לסמן בכל : אם לא רלוונטי, באם רלוונטי לילדכם)
1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות תנועת הנוער.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:

פעילות גופנית	טיולים	פעילות אחרת
פירוט המגבלות		

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 _____.

4. בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:		
תאור אופן הטיפול	סוג התרופה	

5. בני/בתי נעזר בכוחות עצמו/עצמה בצידוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו'):

6. הנני מאשר לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / רפסודיה אחר: _____)

* בני/בתי יודע / אינו יודע לשחות

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

תנועת הנוער של האיחוד החקלאי

אתר www.ihudnik.co.il | דוא"ל Youth@ihudnik.co.il