

הצהרת/ אישור הורים

מתאריך: 04.07.2019	עד תאריך: 04.07.2019	סמינר:  לונה גל
-----------------------	-------------------------	-----------------------

מקום הפעילות: לונה גל טבריה סוג הפעילות: פעילות מים – פארק מים

	נ/ז			
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	כיתה

אני מצהיר בזאת כי:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ בתי להשתתף בפעילות הנערכת במחלקת נוער.
- יש לבני/ בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:

פעילות גופנית:	טיולים:	פעילות אחרת:
תיאור המגבלה:		

- יש לבני / בית מגבלה בריאותית כרונית ( כגון: אסתמה,סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')
- בני/בתי מקבלת את הטיפול התרופתי הזה:

סוג התרופה:	תיאור אופן הטיפול:
-------------	--------------------

- בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמה בצידוד רפואי הבא ( משאף/ערכת זריקות וכד')

- בני /בתי יודע/ת / לא יודע/ת לשחות
- אני מאשר / לא מאשר **גבייה של 100₪ מהכרטיס היישובי.**

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
-------	----------	------	------------	-------------