**אישור הורים בריאותי ומשמעתי –טיול כנרת יעד**

|  |  |
| --- | --- |
| **הפעילות הרלוונטית:** | **טיול כנרת** |
| **מקום הפעילות:** | **ג'ילבון, חוף צמח** |
| **סוג הפעילות:**  | **טיול** |
| **תאריך הפעילות** | **25-26.8** |

**אישור על הכרות ההורה עם נהלי ההרשמה והמשמעת**

**התנהגות בפעילות**

* 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 האישית 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.**

**אישור על מצב בריאותו של ילדכם המשתתף בפעילות**

**פרטי החניך:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | זכר |  |  |  |  |
| נקבה |
| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | מין | תאריך לידה | כיתה | קופ"ח | יישוב |

**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: |  | **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.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* בני/ בתי | יודע | אינו יודע | לשחות | \* אני | מאשר | לא מאשר | לבני/בתי להשתתף ברחצת לילה. |  |

 **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.** |
| סוג התרופה | תאור אופן הטיפול |

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

🞏6. הנני מאשר לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / אחר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  \* בני/ בתי | יודע | אינו יודע | לשחות | \* אני | מאשר | לא מאשר | לבני/בתי להשתתף ברחצת לילה. |  |