



# הצהרת / אישור הורים

## על מצב הבריאות של בני / בתי

### המשתתף/ת בפעילות תנועת הצופים

נא להקיף בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

|          |      |           |             |         |             |     |
|----------|------|-----------|-------------|---------|-------------|-----|
| מחנה קיץ | קורס | טיול שבטי | טיול הנהגתי | יום שבת | פעילות ימית | אחר |
|----------|------|-----------|-------------|---------|-------------|-----|

מקום הפעילות: \_\_\_\_\_ סוג הפעילות: \_\_\_\_\_

|       |     |        |          |
|-------|-----|--------|----------|
| הנהגה | שבת | מתאריך | עד תאריך |
|-------|-----|--------|----------|

|          |         |          |      |            |      |
|----------|---------|----------|------|------------|------|
| שם משפחה | שם פרטי | מס' ת.ז. | מגדר | תאריך לידה | כיתה |
|----------|---------|----------|------|------------|------|

אני מצהיר בזאת כי:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בתנועת הצופים
- 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 לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_

|  |            |                   |
|--|------------|-------------------|
| 4. בני / בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה: | סוג התרופה | תיאור אופן הטיפול |
|--|------------|-------------------|

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

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

בני / בתי  יודע/ת  לא יודע/ת לשחות

אני  מאשר/ת  לא מאשר/ת לבני / בתי להשתתף בפעילות של רחצת לילה.

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

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