



הצהרה / 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	פעילות מיוחדת	פעילות ימית	אחר
----------	------	-----------	-------------	---------------	-------------	-----

מקום הפעילות: _____ סוג הפעילות: _____

הנהגה	שבט	"שקמה" אזור	מתאריך	עד תאריך
-------	-----	-------------	--------	----------

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

אני מצהיר בזאת כי:

- לא ידוע לי 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 הניתן ע"י _____ לתקופה של _____

3. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה/ סוכרת נעורים/אפילפסיה וכדו')

מצורף אישור רפואי הניתן ע"י _____ לתקופה של _____

שם, טלפון וכתובת לפנייה בשעת מצוקה:

סוג התרופה	תיאור אופי הטיפול
------------	-------------------

4. בני / בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

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

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

בני / בתי יודע/ת לא יודע/ת לשחות

אני מאשר/ת לא מאשר/ת בני/בתי להשתתף בפעילות של רחצה לילית.

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

תאריך	שם ההורה	מס' ת.ז.	טלפון נייד	חתימת ההורה
-------	----------	----------	------------	-------------