



תנועת הצופים העבריים בישראל (ע"ר)

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 בדלקמן:

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: _____

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

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

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