



הצהרת / אישור הורים

על מצב הבריאות של בני / בתי

המשתתף/ת בפעילות תנועת הצופים

כא להקפף בעיגול את הפעילות הרלוונטית:

מחנה קיץ	קורס	טיול שבטי	טיול הנהגתי	יום שבט	פעילות ימית	אחר
----------	------	-----------	-------------	---------	-------------	-----

מקום הפעילות: _____ אזור ירושליים סוג הפעילות: _____ טיול פסח שבטי

רמת גן	אילת	21/03	22/03
המטה	שבט	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 ספציפית	סוגים	פעילות אחרת
תיאור המגבלה		

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה של _____

- יש לבני / בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכו')

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____ לתקופה של _____

שם+כתובת+טלפון לפנייה בשעת מוקד:

--	--

- בני / בתי מקבלת את הטיפול התרופתי הזה:

- בני / בתי נעזרת בסחות עצמו/עצמה בציד הרפואי הבא: (משאף, ערכת זריקות וכו')

- הנני מאשרת לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / אחר: _____)

בני / בתי יודעת/ת לא יודעת/ת לשחות

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

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

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