

תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### הצהרת בריאות - שנה"ל תשפ"ד

**הורים יקרים,**  
מתן מידע מלא ומפורט יאפשר לנו לדעת על מגבלות רפואיות של המשתתף בפעילות החברה ולהיערך בהתאם.  
חובה למלא את כל השדות בשאלון ולחתום עליו.

אני, \_\_\_\_\_, מס' ת"ז \_\_\_\_\_

הורה של הילד \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ גן/בי"ס \_\_\_\_\_

מצהיר בזאת כי (נא לבחור באפשרות הנכונה):

- ילדי הינו בריא ואינו סובל ממגבלה רפואית.
- ילדי סובל ממגבלה רפואית שאינה מונעת את השתתפותו בפעילות.  
(יש לפרט את סוג המגבלה): \_\_\_\_\_
- ילדי מוגבל בפעילות מסיבה רפואית המפורטת להלן: \_\_\_\_\_

**נא להשיב על כל השאלות הבאות (יש לסמן ב-X):**

שאלה	כן	לא	אם התשובה היא כן, יש לפרט
ילדי מאובחן כמי שיש לו בעיה רפואית כרונית			
יש לילדי אלרגיה			
יש לילדי רגישות למזון כלשהו			
ילדי נוטל תרופות באופן קבוע			
לילדי בעיה רפואית מאובחנת (ראייה, שמיעה, דיבור וכו')			
ילדי נוטל תרופות באופן קבוע ?			
האם קיימת רגישות לתרופות ?			

- ידוע לי, כי אם יתפתח לילד חום במהלך הפעילות, עלי להגיע ולהוציאו מהפעילות במייד.
- ידוע לי, כי בכל מקרה בו יתגלה וירוס, פצעים מוגלתיים, פריחה בעור וכד', עלי להוציאו מהפעילות והחזרתו לפעילות תהא מותנית בהצגת אישור רפואי.
- אני מתחייב להודיע לצוות כיוונים, על כל שינוי במצבו הבריאותי של ילדי ו/או התפתחותה של בעיה או מגבלה רפואית, מיד עם היווצרותה / גילוייה.

קופת חולים: \_\_\_\_\_ סניף: \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל: \_\_\_\_\_

הריני להצהיר כי הפרטים שמסרתי נכונים ומלאים, ולראיה באתי על החתום:

טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון למקרה חירום: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

מסמך זה רשום בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד והכוונה לבנים ובנות, כאחד.

המידע ישמש את חברת כיוונים לפעילות המתקיימת במסגרת החברה בשנת הפעילות תשפ"ד, בלבד.