

הורים יקרים...

אנו שמחים על בחירתו של ילדכם כשותף לתכנית "זיכרון משותף" - מחזור 2019 .
"זיכרון משותף" הינה תכנית להעצמת בני נוער, בדרכם להיות סוכני שינוי פעילים למען עיצוב תדמיתה של מדינת ישראל,
סה"כ 16 קבוצות דומות פועלות בישראל ובגרמניה .

אנו רואים את ההורים כשותפים מלאים לתהליך שעתיד הילד לעבור, ולכן עלינו לדעת שאתם ההורים מאשרים, מעודכנים ומעודדים את השתתפותו/ה בתכנית יוקרתית זו וכן, להודיעכם כי במהלך שנת פעילותה של התכנית תדרשו להגיע למפגש עם מובילי התכנית, עם תכניה ומהותה .

לתכנית זיכרון משותף יש השתתפות עצמית!

ההשתתפות העצמית נקבעה על סך של: 1,800 ₪

דרך התשלום: במזומן, בכרטיס אשראי או בהמחאות – עד 4 תשלומים

התכנית בארץ תתקיים במהלך חופשת הפסח בין התאריכים 14.4.19 עד 24.4.19

במהלך חודש יולי תתארח הקבוצה הישראלית בגרמניה בין התאריכים:

28.7.19 עד 7.8.19 (ייתכנו שינויים של יום או יומיים לפני או אחרי)

מקבץ טפסים פורמאליים זה מהווה את אישורכם להשתתפות בנכם/בתכם בתכנית זיכרון משותף, על כל היבטיה, במהלך שנת הפעילות המוגדרת ומאשר כי פרטיה ותכניה של התכנית ידועים לכם.

חתימתכם תידרש על גבי הטופס המסכם המצורף.

אישור רופא להשתתפות בתכנית, על כל היבטיה, מצורף בזאת לחתימת רופא המשפחה.

פרטים אישיים

אנא מלאו טופס זה בשיתוף עם ההורים, במלואו ובקפידה (שימו לב למקומות בהם נדרש להקיף/להדגיש את התשובה המתאימה)

פרטי הנער/ה:

שם: _____ **שם משפחה:** _____ **זכר / נקבה**

שם ושם משפחה באנגלית (כפי שמופיע בדרכון): _____

תאריך יום הולדת: _____ / _____ / _____ **טלפון נייד אישי:** _____ - _____

דוא"ל: _____

יישוב: _____ **כתובת:** _____ **בי"ס+כיתה:** _____

מס' ת.ז.: _____ **מס' דרכון:** _____

תאריך תוקף דרכון: _____

שם האבא:		נייד אבא:	
שם האמא:		נייד אמא:	
שם איש קשר נוסף לשעת חרום:		נייד איש קשר:	
צמחונית, טבעונית:	כן / לא	אלרגיות מזון:	כן / לא
אלרגיות אחרות/כלשהן:		תרופות קבועות:	כן / לא
מצב בריאותי	תקין / אחר צרפו אישור	פרט/י:	
אנגלית (דיבור):	טובה מאוד / בינונית / מתקשה		
מידת חולצה:	S M L XL XXL	מידת סוויטשרט:	S M L XL XXL

בדיקה רפואית (ימולא על ידי רופא)

שם משתתף/ת: _____

היסטורית חיסונים

Tetanus Booster _____ Booster _____ DPT Series _____
 Hepatitis A _____ Booster _____ Polio OPV (Sabin) / IPV _____
 Hepatitis B _____ Measles Vaccine (live) _____
 Tuberculin Test _____ German Measles (Rubella) _____
 Hemophilus Influenza B (HIB) _____ Mumps _____
 Other (varicella) _____ MMR _____
 Hgb. Test _____ B.P. _____ Wt. _____ Hgt. _____
 Urinalysis _____

כללי:

Teeth _____ Ears _____ Eyes _____
 Hernia _____
 Heart _____ Nose _____ Glasses _____
 Lungs _____ Throat _____ Contacts _____ Extremities _____
 Skin _____ Abdomen _____ Posture (Spine) _____

אלרגיות, אנא פרט:

הערכה כללית:

האם אדם זה אי פעם התעלף או חש סחרחורת לאחר פעילות גופנית? כן לא

המלצות והגבלות:

דיאטה מיוחדת: _____
 הגבלת פעילויות: _____
 שחיה: _____ פעילות מאומצת: _____ אחר: _____

בדקתי את האדם הנ"ל במהלך 24 החודשים האחרונים ובחנתי את ההיסטוריה הבריאותית שלו/שלה.
 דעתי היא שאדם זה הינו כשיר מבחינה פיזית לעסוק בכל פעילויות התוכנית, מלבד אלו שהוזכרו לעיל.

חתימת הרופא: _____ תאריך: _____

שם הרופא (בדפוס): _____ תאריך הבדיקה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ () _____ - _____

קוד התנהגות בתכנית

תכנית חילופי נוער לגרמניה שואפת לבנייתה של קהילה מקומית ארצית ובינלאומית תומכת, מאפשרת, מכבדת ופתוחה לכלל משתתפיה ואנו מחויבים לספק לכל משתתף חוויה שנתית בטוחה ומהנה.

שלומכם וביטחונכם נמצאים בראש סדר העדיפויות שלנו- ועל כן אנו מבקשים כי תעינו בנהלים המצורפים ותחתמו עליהם ברצינות המתבקשת.
בחתימה זו תאשרו את תמיכתכם ואת תרומתכם האישית ליצירתו של מרחב בטוח עבורכם ועבור עמיתים העתידיים לאורך השנה כולה

הריני מתחייב להשתתף בתכנית חילופי הנוער לאורך כל תהליך ההכנה, להגיע בזמן כשאני מוכן לתרום את חלקי האקטיבי בפעילויות והתכניות השונות. ברור לי כי היעדרות לא מאושרת ולא מתואמת עלולה להוביל לעזיבתי את התכנית – כולל דרישה לתשלום אישי עבור הוצאות אשר הושקעו בהכשרתי. במהלך שנת הפעילות ובייחוד בעת השתתפותי בסמינרים (סמינר גרמניה) אהיה כפוף להנחיות זמן, ביטחון ובטיחות שיינתנו לי על ידי צוות התכנית.

הריני מתחייב להתנהל ברגישות, לכבד ולהתחשב בגיוון והשונות הדתית בקבוצתי המקומית, בקבוצת השותפות ובקרב הקבוצה הבינלאומית.

הריני מתחייב להתנהגות בוגרת ואחראית בכל זמן ועת. ברור לי כי באם אסולק מהתכנית, בשל חציית קווים אדומים של התנהגות, העלויות הכרוכות בהרחקתי יהיו באחריות ישירה של הורי.

להלן יפורטו ההתנהגויות שלא יתקבלו בהבנה ויהיו עילה להרחקתי המידית מהתכנית:

בריונות, אלימות מילולית או פיזית, נשיאת נשק מכל סוג, גניבה, וונדליזם, צרות אופקים המאיימת על נינוחות אחרים (על רקע של גזענות, שוביניסטיות, הומופוביה)- וכל התנהגות אחרת לא חוקית או שאיננה בטוחה למשתתף ולעמיתיו.

קווים אדומים של "זיכרון משותף":

עישון מכל סוג שהוא (כולל סיגריות, סיגרים ונרגילות) אסור בתכלית האיסור בכל זמן ועת במהלך התכנית. הפרה של איסור זה תהווה עילה להרחקה מיידית של המשתתף, כאשר עלויות ההרחקה יועברו לאחריות ההורים.

שימוש בסמים מכל סוג שהוא אסור בתכלית האיסור בכל זמן ועת במהלך התכנית. הפרה של איסור זה תהווה עילה להרחקה מיידית של המשתתף, כאשר עלויות ההרחקה יועברו לאחריות ההורים.. משתתף יתחייב שלא לאפשר שימוש בסמים בקרבתו ובנוכחותו.

שתיית אלכוהול מכל סוג שהוא אסורה בתכלית האיסור בכל זמן ועת במהלך התכנית. הפרה של איסור זה תהווה עילה להרחקה מיידית של המשתתף, כאשר עלויות ההרחקה יועברו לאחריות ההורים. משתתף יתחייב שלא לאפשר שימוש באלכוהול בקרבתו ובנוכחותו. האיסור חל בכל זמן ועת, בוודאי בגרמניה שם גיל השתייה מוגבל ל-16 ומעלה ובוודאי בישראל, גם כאשר מי מהמשתתפים עבר את גיל 18.

התנהגות מינית מכל סוג אסורה בהחלט. הפרה של איסור זה תהווה עילה להרחקה מיידית של המשתתף, כאשר עלויות ההרחקה יועברו לאחריות ההורים. הפגנת חיבה פומבית מוגזמת לא תתקבל בהבנה. בהקשר זה גם זוגיות לגיטימית אשר עשויה להתפתח – תתבקש להיות צנועה.

נסיעה בטרמפים אסורה בתכלית האיסור, הן בארץ ובוודאי בעת הביקור בגרמניה הפרה של איסור זה תהווה עילה להרחקה מיידית של המשתתף, כאשר עלויות ההרחקה יועברו לאחריות ההורים.

שימוש לא ראוי באינטרנט או כל אמצעי תקשורת אחר אסור בתכלית האיסור. הפרה של איסור זה תהווה עילה להרחקה מיידית של המשתתף, כאשר עלויות ההרחקה יועברו לאחריות ההורים.

המשתתפים מתחייבים להשתמש במצלמה האישית שלהם (נייד, סטילס או וידאו) באופן אשר מכבד את פרטיותו של האחר ובאופן שלא יגרוור מבוכה. חל איסור להפיץ או לפרסם תמונות אשר עלולות ליצור את אחד מאלה- גם לא בהסכמתם של המצולמים! חל איסור לפרסם תוכן מילולי אשר עשוי להיות מעליב, אכזרי, מקטין ומאיים כלפי אדם אחר.

שימוש בפלאפונים אישיים אסור במהלך תכניות חינוכיות. זמן שימוש בפלאפון אישי יאושר ע"י רכזי התכנית ובכל מקרה יהיה בזמן חופשי המוגדר בלוח הזמנים.

כמשתתף נבחר לתכנית זיכרון משותף, ברור לי כי אני הופך לחלק בלתי נפרד ממשפחה וקהילה. החל מתחילתה של התכנית ועד סופה אהיה מחויב להשתתפות פעילה ומלאה תוך יישום מלא וחד משמעי של קוד ההתנהלות/התנהגות מוסכם זה. בעשותי כך ברור לי כי אני מבטיח בראש ובראשונה את ביטחוני האישי וכן את ביטחונם של רעי ועמיתי העתידיים.

ברור לי כי עם הפרה של כל אחד מהאיסורים המובאים במסמך זה אסתכן בהרחקה מהתכנית ואהיה מחויב בתשלום עבור כל נזק שיגרם, החזר כספי אישי בעבור ההשקעה (הכלכלית) שנוצלה בעבורי, כולל רכישת כרטיס טיסה חזרה מסמינר המתקיים בחו"ל. בחתימתי זו ובחתימת הורי אנו מאשרים את כל האמור לעיל.

אישור ההורים – "זיכרון משותף" 2019 :

אנו, הורי החניך/ה: _____:

נושא מספר תעודת זהות: _____:

מאשרים כי קראנו בעיון רב את מקבץ הטפסים המצורף כאן לאישורינו:

- רקע על התכנית
- פרטים אישיים
- אישור רופא משפחה
- קוד התנהגות בתכנית
- חתימה על טופס "נספח ז"
- מצורף תצלום דרכון (1X).

חתימת המשתתף/משתתפת בתוכנית "זיכרון משותף", _____:

חתימת ההורה

קראתי והבנתי את כל המסמכים והתנאים המפורטים לעיל והנני מאשר לבני/בתי להשתתף בפרויקט המשלחת העירונית "זיכרון משותף".

שם הורה/אפוטרופוס: _____:

חתימת הורה/אפוטרופוס: _____:

תאריך: _____: