

תאריך: ____/____/____

הצהרת בריאות - שנה"ל תשפ"ז

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.

שם ההורה _____ מס' ת"ז _____
שם המשתתף _____, 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 חוסם במהלך הפעילות, עלי להגיע ולהוציאו מהפעילות במידי.
- ידוע לי, כי בכל מקרה בו יתגלה וירוס, פצעים מוגלתיים, פריחה בעור וכד', עלי להוציאו מהפעילות והחזרתו לפעילות תהא מותנית בהצגת אישור רפואי המאשר חזרתו לפעילות.
- 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: _____

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