



## הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז: \_\_\_\_\_ מין - ז / נ

1. אני מצהיר/ה כי **(סמן את האפשרות הנכונה):**

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה.
- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הקייטנה כדלקמן:
- פעילות גופנית.
- ליטוף והחזקה של בעלי חיים .
- פעילות אחרת: \_\_\_\_\_

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

2. נא למלא את כל השדות :

במידה וכן נא לפרט	כן	לא	
			יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').
			בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע
			רגישות למזון או לתרופות

3. להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע אודותיו:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**יש לסמן רק במידה ומצורף אישור רפואי**

- מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה. האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_

אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי. אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.

**בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית לפנות ל:**

שם: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

חתימת ההורה

שם ההורה

תאריך

### **קייטנות הקיץ של מאיה פפאיה מלפפון חמוץ**

ביה"ס יער מופת רמות אלון, רחוב אסירי ציון 2 פינת צונדק ( צונדק 26 ) רמות ב', ירושלים.

טלפונים: 02-5366722, 055-8899561 • **פקס - 02-5877222**

דוא"ל: • office@mayacamp.co.il אתר: www.mayacamp.co.il