



הצהרת / אישור הורים על מצב הבריאות של בני / בתי המשתתף/ת בפעילות הנוער כפר ורדים

הפעילות: טיול קיאקים

מקום הפעילות: רפטינג נהר הירדן סוג הפעילות: טיול קיאקים

תאריך הפעילות: 19/08/2020 שעת הפעילות: 14:30

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 מטעם המרכז הקהילתי.
- יש לבני / בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה / חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:

פעילות גופנית	טיולים	פעילות אחרת
תיאור המגבלה		

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

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

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

שם+כתובת+טלפון לפנייה בשעת מצוקה: _____

4. בני / בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

סוג התרופה	תיאור אופן הטיפול
------------	-------------------

- בני / בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בצידוד הרפואי הבא: (משאף, ערכת זריקות וכד')

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

בני / בתי

יודע/ת	לא יודע/ת
--------	-----------

 לשחות

אני

מאשר/ת	לא מאשר/ת
--------	-----------

 לבני / בתי להשתתף בפעילות של רחצת לילה.

הריני לאשר כי קראתי את תוכנית הפעילות, ידועים לי כל פרטיה והנני מסכים/ה שבני/בתי ישתתפו בה

תאריך	שם ההורה	מספר ת.ז.	טלפון נייד	חתימה

*הגעה לטיול עם בקבוק מים מסכה וכובע חובה



הצהרת בריאות קורונה

ימולא על ידי הורה

שם הנער: _____ מס' ת"ז: _____

אני מצהיר כדלהלן:

- מדדתי חום לבני/בתי ונמצא כי חום גופו/ה מתחת ל 38 מעלות צלזיוס
 - בני/בתי לא משתעל/ת ואין לו/לה קשיים בנשימה*
 - למיטב ידעתי בני/בתי לא היה/הייתה במגע קרוב עם חולה קורונה בשבועיים האחרונים
- *למעט שיעול או קושי בנשימה הנובע ממצב כרוני כגון אסטמה או אלרגיה אחרית

שם ההורה: _____ מס' ת"ז הורה: _____

תאריך

חתימת ההורה