



הנהגה ארצית

# הצהרת / אישור הורים על מצב הבריאות של בני / בתי המשתתף/ת בפעילות תנועת הנוער ה"מכבי-הצעיר"

הפעילות: \_\_\_\_\_

מקום הפעילות: \_\_\_\_\_ סוג הפעילות: \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
סניף	מתאריך	עד תאריך

_____	_____	_____	_____	_____	_____
שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה	כיתה

אני מצהיר בזאת כי:  
1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בתנועת ה"מכבי-הצעיר"

## הצהרה רפואית (\*רק אם יש מגבלה)

2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/ חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:  
\*הקף בעיגול את סוג הפעילות המוגבלת.

פעילות גופנית      טיולים      פעילות אחרת, פרט \_\_\_\_\_

_____
תיאור המגבלה

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

3. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')  
מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_  
שם + משפחה + טלפון לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_

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

_____	_____
סוג תרופה	תיאור אופן הטיפול

5. בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בצידוד רפואי הבא: (משאף, ערכת זריקות וכד')  
\_\_\_\_\_

6. הנני מאשר/ת לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה/ים/אחר: \_\_\_\_\_) לשחות.

יודעת/ת	לא יודעת/ת
---------	------------

אני

מאשר/ת	לא מאשר/ת
--------	-----------

לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית.

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

_____	_____	_____	_____	_____
שם האב	מספר ת.ז.	טלפון נייד	תאריך	חתימת ההורה
שם האם	מספר ת.ז.	טלפון נייד		