



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		