**נספח 7 הצהרה ההורים על מצב בריאותו של ילדם המשתתף בקייטנה/במחנה  
  
היישוב \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
אל: מרכז הקייטנה  
מאת: הורי התלמיד/ה   \_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_\_\_\_  
                                  השם הפרטי          שם המשפחה                    מס' ת"ז    תאריך הלידה**

**אני מצהיר בזאת כי:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה/במחנה. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה כדלקמן: פעילות גופנית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  טיולים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  פעילות אחרת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 3. יש לבני/לבתי 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בציוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו'): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   שם ההורים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   חתימת ההורים \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |