

תאריך: _____

הצהרת הורים על מצב בריאותו של הילד/ה המשתתף/ת בפעילות המרכז הקהילתי

אל: **מרכזים קהילתיים מרכז- צפון נתניה**

סוג פעילות: חוג / צהרון / פעילות

מאת הורי התלמיד/ה :

שם פרטי ומשפחה _____
מס' ת.ז. _____

אני מצהיר/ה בזאת כי :

[] לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה.

[] יש לבני/ לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה / חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן :

תיאור המגבלה _____

מוגבל/ת (הקיפו) כן / לא

[] יש לבני/ בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון : אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

מצ"ב אישור רפואי שניתן ע"י : _____ לתקופה של : _____

טלפון נוסף למקרה חירום : _____

תאריך : _____ שם ההורים : _____ חתימת ההורים _____

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

שם התרופה : _____

אופן הטיפול : _____

[] בני / בתי נעזר/ת בכוחות עצמו /ה בצידוד רפואי הזה: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'. יש לפרט

שם הורה 1 : _____ חתימה : _____

שם הורה 2 : _____ חתימה : _____