

נספח הצהרת הורים על המצב הבריאותי של בן/ בתך

שם הילד/ה _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' ת.ז. _____ ת. לידה _____

שם הקייטנה (הקף בעיגול): קריית התרבות / סביונר / שכונת העמק וואלי / אשכול פיס

אני מצהיר בזאת כי:

- אין לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה.
 יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה כדלקמן:

תיאור המגבלה: _____

השתתפות בפעילות גופנית: _____

השתתפות בפעילות אחרת: _____

מצ"ב אישור רפואי שניתן מהרופא _____ לתקופה של _____

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

- בני/בתי מקבל/ת טיפול תרופתי קבוע:

שם התרופה: _____

אופן נטילת התרופה: _____

- בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בצידוד הרפואי הנ"ל: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'.

נא פרטו: _____

- לפנייה בשעת מצוקה:

שם מלא: _____ טלפון: _____ כתובת: _____

אלרגיות ורגישות

- אין לבני/לבתי אלרגיה/רגישות למזון/לתרופה

יש לבני/לבתי אלרגיה / רגישות שאינה מסכנת חיים למזון/לתרופה: _____

חובה לצרף אישור רפואי המתאר את חומרת האלרגיה / רגישות.

- יש לבני / לבתי סייעת צמודה במהלך השנה במסגרות החינוך הפורמאלי (לסמן במידה וכן)

* החברה אינה מתחייבת לאפשר השתתפות של ילד/ה בכל מקרה בו היא אינה יכולה להבטיח את בריאותו.

תאריך: _____ שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

ת.ז. ההורה _____

Valley@ktnz.org.il
שכונת העמק וואלי

savyonr@ktnz.org.il
סביונר

info@ktnz.org.il
קריית התרבות

rishum@ktnz.org.il
אשכול פיס