



## הצהרת/ אישור הורים

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

אני מצהיר בזאת כי:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ בתי להשתתף בפעילות.
- יש לבני/ בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/ חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:

פעילות גופנית	טיולים	פעילות אחרת
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 \_\_\_\_\_

4. בני/ בתי מקבל את הטיפול התרופתי הזה:

סוג התרופה	תיאור אופן הטיפול

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

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

בני/ בתי  יודע/ת  לא יודע/ת  לשחות

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

תאריך	שם ההורה	מספר ת.ז.	טלפון נייד	חתימת ההורה