



## הצהרת בריאות - קייטנת קיץ 2017

שם הקייטנה: מרכז ספורט הרכיבה ר"ג היישוב: רמת גן

אל: מנהלת הקייטנה ניצן סגל

מאת: הורי החניך/ה

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

### אני מצהיר/ה בזאת כי:

לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת 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 על ידי \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

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

מצ"ב אישור רפואי שניתן מאת \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

שם + כתובת + מס' טלפון לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

בני/בתי מקבלת/את הטיפול התרופתי הנ"ל:

שם התרופה: \_\_\_\_\_

אופן הטיפול: \_\_\_\_\_

שם ההורה החותם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_