



מחלקת הנוער - מ.א. חוף הכרמל

אישור הורים שנתי לטיולים ופעילויות
(חד יומי) - תש"ע

• נא לסמן בכל : אם לא רלוונטי, : אם רלוונטי לילדכם.

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	זכר	מין	יישוב	כיתה
			נקבה			

אני מצהיר בזאת כי :

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת ע"י מחלקת הנוער.

2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות 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/ת את הטיפול התרופתי הזה:

סוג התרופה	תיאור אופן הטיפול
------------	-------------------

5. בני/בתי נעזר בכוחות עצמו/עצמה בצידוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו'): _____

6. הנני מאשר לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים)

בני/בתי

יודע	אינו יודע
------	-----------

 לשחות.

אני מאשר/ת בחתימתי זו, לבני/בתי לצאת לכל הטיולים והפעילויות (חד יומי), שיערכו השנה

(תש"ע) במסגרת פעילות מחלקת הנוער מ.א. חוף הכרמל (פעילות ישוביית/אזורית).

*טיולים ופעילויות אשר יהיו עם לינת לילה- ידרש אישור הורים נוסף.

ידועים וברורים לי כל פרטי ההרשמה והפעילות.

ביטולים והחזרים כספיים- יתאפשרו עד שלושה ימי עבודה בלבד לפני הפעילות.

תאריך	שם ההורים	מספר ת.ז.	טלפון נייד	טלפון בבית	חתימת ההורים
-------	-----------	-----------	------------	------------	--------------

מייל לרשימת תפוצה: _____

אתר מרכז מיר"ב: www.merav-hof-hacarmel.com מייל מה' נוער: Noar2@merav.org.il
טלפון: 9549240 פקס: 9840173