

הקייטנה \_\_\_\_\_ היישוב \_\_\_\_\_

אל: מנהל הקייטנה/המחנה \_\_\_\_\_

מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_

שם פרטי שם משפחה מס' ת"ז תאריך לידה

אני מצהיר בזאת כי:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה/במחנה.
- יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/הלקיית בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה כדלקמן:

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

השתתפות בפעילות גופנית: \_\_\_\_\_

השתתפות בטיולים: \_\_\_\_\_

השתתפות בפעילות אחרת: \_\_\_\_\_

מצייב אישור רפואי שניתן על ידי \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_ יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים אפילפסיה וכד').

מצייב אישור רפואי שניתן מאת \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_ שם+כתובת+טלפון לפנייה בשעת מצוקה \_\_\_\_\_

- בני/בתי מקבלת את הטיפול התרופתי הזה:

שם התרופה: \_\_\_\_\_

אופן הטיפול: \_\_\_\_\_

- בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בצידוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'): \_\_\_\_\_

- בני/בתי יודע/ת לשחות.

- בני/בתי אינו/ה יודע/ת לשחות.

התאריך: \_\_\_\_\_ השם התורים: \_\_\_\_\_ התימות ההורים: \_\_\_\_\_