

אישור הורים והצהרת הבריאות של בן / בת נוער המשתתף/ת בפעילות מרכז נתיבה

פרטי המשתתף

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	תאריך לידה	כיתה
----------	---------	----------	------------	------

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 _____

☐ יש לבני / בתי מגבלה בריאותית כרונית: _____
(כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד')

☐ בני / בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בצידוד הרפואי הבא: _____
(כגון משאף, ערכת זריקות וכד')

☐ בני / בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הבא: _____

סוג התרופה _____

תיאור אופן הטיפול _____

שם + כתובת + טלפון לפנייה במקרה חרום: _____

בני/בתי חבר/ה בקופת חולים _____

☐ הנני מאשר/ת לבני / בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / שייט רפסודות / קייקים)

בני / בתי ☐ יודע/ת לשחות ☐ לא יודע/ת לשחות

כמו כן ידוע לנו שהפעילות הינה פעילות משיחית ומאורגת ע"י עמותה של יהודים משיחים
ושכל הנלמד במשך הפעילות מבוסס על עקרונות התנ"ך, הברית החדשה והאמונה בישוע המשיח.

☐ הריני לאשר כי ידועים לי פרטי הפעילות והנני מסכים/ה שבני/בתי ישתתפו בהם במלואם

שם האב	מספר ת.ז.	טלפון נייד	חתימת האב	תאריך
--------	-----------	------------	-----------	-------

שם האם	מספר ת.ז.	טלפון נייד	חתימת האם	תאריך
--------	-----------	------------	-----------	-------