

קייטנת ילדי העובדים אוגוסט 2022 - הצהרת בריאות\*

\*יש למלא עבור כל ילד בנפרד, המסמך חסוי - מועבר לידיעת הוועד ולמנהלת הקייטנה בלבד וייגרס בתום הקייטנה)

שם העובד/ת - משפחה \_\_\_\_\_ פרטי \_\_\_\_\_ שם יחידה \_\_\_\_\_  
שם הילד/ה \_\_\_\_\_ מין ז/נ תאריך לידה \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
עולה לכיתה/גן \_\_\_\_\_ מידת חולצה \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת כי:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה.
- יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית כמו (אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, אלרגיה למזון אחר וכו') המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות בקייטנה/ כדלקמן:

תיאור המגבלה \_\_\_\_\_  
השתתפות בפעילות גופנית \_\_\_\_\_  
השתתפות בפעילות אחרת \_\_\_\_\_  
מצ"ב אישור רפואי שנ ניתן על ידי \_\_\_\_\_  
מזון מיוחד (שניתן לספק במסגרת הקיימת) \_\_\_\_\_  
שם התרופה שהוא נוטל \_\_\_\_\_  
אופן הטיפול \_\_\_\_\_  
בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד רפואי זה – (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול אחרת) **כן/ לא**  
פירוט \_\_\_\_\_

**טלפונים – להתקשרות במצבים חירום בקייטנה :**

שם \_\_\_\_\_ קירבה \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_ (חובה למלא מס טלפון של העובד/ת שנמצא בפקולטה)

שם \_\_\_\_\_ קירבה \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_ (חובה למלא מס טלפון )  
מידע אחר רלוונטי \_\_\_\_\_

בני/בתי מעוניינים להיות בקבוצה אחת עם החברים \_\_\_\_\_  
(נשתדל להתחשב במידת האפשר).

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_