בס"ד  
טופס שאלון רפואי    
  
הורה יקר   ,  
כדי להצטרף ל"מחנה הנני" נא להדפיס את הטופס ולמלא את הטופס במלואו , לחתום ולשלוח עם התמונות ויתרת הסכום.  
   
שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    
  
מס' טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_        מס' פלאפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  מס' תעודת זהות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    
  
  
לביתי/בני  יש / אין בעיות רפואיות     
  
אם יש ציינו!\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אם בעיה זו עלולה להפריע לפעילות במהלך המחנה אנא ציין זאת ותצרו קשר!     
אם יש בעיה כלשהיא נא לצרף הצהרת בריאות חתומה ופרטים ע"י הרופא המטפל.    
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
טופס אישור הורים  
אני מאשר/ת לילדי  להשתתף בכל הפעילויות במהלך תקופת השהייה ב"מחנה הנני "

בני/ביתי  יודע/ת לישחות ויכול/ה להשתתף בפעילות שחייה בריכה ומים בזמן המחנה.

אנו מסכימים לשלם עבור תרופות שביתי אולי תצטרך בתקופת המחנה.

במהלך המחנה יתכן ואנחנו נצלם תמונות. אנחנו מאשרים שימוש בתמונות של בני/ביתי באתר הבית וברשת החברתית שלנו.

שם ההורה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת הורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_