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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_