

הצהרת בריאות

	שם הורה :
	דואר אלקטרוני:
	טלפון
	שם הילד/ה:
	תעודת זהות של הילד:
	מה שם המוסד בו לומד הילד/ה :
	איזה כיתה/ גן:

• הצהרת בריאות ללא מגבלות

לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת במסגרת הפעילות של תכנית ניצנים ו/או בתי תלמיד.

בחרו אפשרות זו אם אין לילדכם כל מגבלה בריאותית להשתתף בפעילות. במידה ותסמנו אפשרות זו

• הצהרת בריאות במקרה של מגבלות

קיימת לבני/ביתי אלרגיה או רגישות למזון

תיאור האלרגיה או הרגישות למזון: _____

*יש לצרף אישור רפואי על האלרגיה או הרגישות

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בפעילות

כדלקמן:

תאור המגבלה: _____

השתתפות בפעילות גופנים _____

השתתפות בטיולים _____

בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

שם התרופה: _____

אופן הטיפול: _____

בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בצידוד הרפואי הזה: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'.

פרטו _____

פירוט הסתייעות בצידוד רפואי _____

אני מאשר כי הצהרת הבריאות שמסרתי דלעיל נכונה וכי לא יהיו לי טענות וכל תביעה כנגד עמותת לביא בנוגע למצב הבריאותי של בני/ בתי השונה מההצהרה דלעיל.