**הצהרת הורים על מצב בריאותו של ילדם**

**קייטנת מוז"ה במוזיאון הרצליה לאמנות עכשווית**

קייטנת מוז"ה במוזיאון הרצליה לאמנות עכשווית

מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 שם פרטי שם משפחה מס' ת"ז תאריך לידה

**אני מצהיר בזאת כי:**

□ לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה

□ יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה כדלקמן:

 תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 השתתפות בפעילות גופנית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 מצ"ב אישור רפואי שניתן על ידי \_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

 מצ"ב אישור רפואי שניתן מאת \_\_\_\_\_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 השם + הכתובת + מס' הטלפון לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

 שם התרופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 אופן הטיפול: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הזה: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'. פרטו: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

משהו נוסף שאני רוצה לספר לכם על ביתי/בני:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

התאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם ההורים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת ההורים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_