**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_