



## טופס רישום לקייטנה כולל הצהרת בריאות

נא להחזיר את הטופס לדוא"ל: [office@akim-haifa.org.il](mailto:office@akim-haifa.org.il)

הנני מאשר/ת את השתתפותו/ה של בני/בתי בקייטנת אקים חיפה

שם הילד: \_\_\_\_\_ (זכר/נקבה) ת.ז. \_\_\_\_\_

קופ"ח: \_\_\_\_\_ גיל הילד: \_\_\_\_\_

הנני מאשר/ת שמצב בריאותו/ה של בני/בתי תקין וביכולתו/ה להשתתף בכל הפעילויות אשר מתוכננות בקייטנה. מצ"ב טופס מידע רפואי עדכני.

### יש להקיף בעיגול את הפרטים המבוקשים:

- הנני להודיע שבני/ בתי נוטל תרופות מסוג: \_\_\_\_\_
- הנני להודיעכם שבני/בתי רגיש/ה ל: \_\_\_\_\_
- בני/בתי - גמול/ לא גמול/ נדרשת עזרה בהליכה לשירותים/ אחר: \_\_\_\_\_
- בני/בתי - זקוק/לא זקוק לעזרה בהאכלה: \_\_\_\_\_
- בני/בתי נייד/ בכיסא גלגלים/ נעזר בהליכון / אחר \_\_\_\_\_
- עו"ס מטפל בקהילה: \_\_\_\_\_
- פרט הרגלי תפקוד ומידע נוסף שיקל על ההיכרות עם הילד: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

הנני מאשר לפרסם את תמונת בני/בתי בידיעון העמותה החודשי / פייסבוק העמותה / אתר האינטרנט של העמותה כן / לא (הקף בעיגול את התשובה המתאימה)

פרטי המאשר: הורה / אפוטרופוס

שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובת מגורים: \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_

טלפונים: \_\_\_\_\_

שם + נייד: \_\_\_\_\_ שם + נייד: \_\_\_\_\_

טלפון נוסף לחירום: \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

