



הצהרת בריאות

אל: עמותת לביא

מאת: הורי התלמיד/ה:

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' ת"ז _____ תאריך לידה _____

תלמיד כיתה _____ בבית הספר: _____
אני מצהיר בזאת כי:

לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת במסגרת הפעילות של מסגרות חינוכיות.

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

תיאור המגבלה: _____

השתתפות בפעילות גופנית: _____

השתתפות בטיולים: _____

השתתפות בפעילות אחרת: _____

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 בצידוד הרפואי הזה: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'. פרטו: _____

• 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.

התאריך: _____ שם ההורים: _____ חתימת ההורים: _____