

ספח להורים 2021

הנכם מתבקשים לקרא עם בנכם/בתכם בעיון רב לחתום.

להחזיר בהקדם (תוך שבוע מיום הרישום) לפקס: 03-6247613

קבוצת ריפוי- " קייטנת ילדי השמש " 2021

שם הילד/ה: _____ ת.ז. _____ שם רופא העור
המטפל: _____

לאחר קריאת המסמך, הנכם מתבקשים למלא את הטופס ולשלוח למזכירות האגודה. (לא להביא ביום תחילת קבוצת הריפוי).
היציאה לים המלח וההשתתפות בקייטנת "ילדי השמש" מותנה במילוי הספח על כל פרטיו וחתימת ההורים והילד/ה.
אנו החתומים מטה מסכימים ומצהירים:

1. מאשר יציאת בני / בתי _____ לצאת לפעילויות מחוץ לכותלי המלון (סוירים, ביקורים, הפעלות וכל פעילות אחרת שתבצע מחוץ למלון). יתכנו שינויים בפעילויות.
2. לבני / בתי _____ אין מגבלות רפואיות והוא / היא יכול / ה להשתתף בכל הפעילויות במלון ומחוץ לכותלי המלון.
אם ישנן מגבלות בריאותיות ואחרות ציין אותן וצרף מסמכים רפואיים

_____ בני / בתי רגיש לתרופות ציין
אלרגי ל _____
3. בני / בתי _____ יודע לשחות / לא יודע לשחות (סמן בעיגול את המתאים).

4. בני / בתי _____ מעשן / לא מעשן, אני _____ מאשר/ת / לא מאשר/ת לבני / בתי לעשן (סמן בעיגול את המתאים).

5. אני מסכים/לא מסכים שבני/בתי ישתתפו בכל הסדנאות שצוינו. אם לא מסכים - לאיזה מין הפעילויות השונות: דיקור סיני/ שחייה סדנאות, פגישות קבוצתיות ואישיות עם הפסיכולוגית.

6. אני מסכים שבני/ בתי יצטלם / יתראיין במהלך שהותו בים המלח (יתכן שנוציא סרטון או דיסק מזכרת) (מסכים / לא מסכים שבני / בתי ישתתפו [סמן בעגול])
7. אני מבקש/ת להיות בחדר עם (רשום שמות של שני ילדים): _____

שם _____ שם _____ (נעשה כל מאמץ להיענות לבקשתך).

קראנו את המסמך יחד עם ילדינו, שוחחנו עליו ומתחייבים לנהוג בהתאם לתקנון.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה

שם הילד / ה _____

חתימת הילד / ה _____

ליצירת קשר בזמן הקייטנה

שם ההורה: _____ שם ההורה _____

פלאפון הורים: _____ פלאפון הורים: _____

פלאפון הילד / ה: _____

טל בבית במידה ויש _____

כתובת למשלוח דואר: _____

אימייל: _____

למצטרפים חדשים במידה ויש שאלות ניתן להתקשר ליונה לנייד 0524-814815

בברכה: מזכירות האגודה, מנהל הקייטנה צוות המדריכים/ת הרופאים