

הורה יקר,

תודה שבחרת לרשום את ילדך למחנה האמנים – ת'מוזה.

הנך מתבקש/ת למלא את הצהרת הבריאות הנ"ל ולשלוח אותה אלינו בצירוף אישור חתום מרופא קופת החולים לפקס מספר: 02-5619425 או כקובץ סרוק לכתובת tamuza@elul.org.il.

אני מצהיר/ה בזאת כי בעניין בני / בתי : שם _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

o לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת במחנה .

o יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת במחנה

כדלקמן:

תיאור המגבלה _____ :

האם המגבלה באה לידי ביטוי בהשתתפות בפעילות גופנית? כן/לא

פרט: _____

האם המגבלה באה לידי ביטוי בהשתתפות בפעילות אחרת? כן/לא

פרט: _____

יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישויות וכד)

פרט: _____

בני/בתי מקבל/ת טיפול תרופתי. שם התרופה ואופן הטיפול:

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י : _____

אישור שימוש בתמונות:

אני מאשר ל"אלול" להשתמש בכל תמונה, צילום, הקלטה, תוצר ודומיהם של בני/בתי לצורכי שיווק

ופרסום פעילויות מחנה הקיץ ת'מוזה, בדפוס או בכל מדיום אחר שהעמותה תמצא לנכון. אני מאשר

להנהלת המחנה לשלוח לבני/בתי ולי עדכונים, בקשות, והודעות דרך הדוא"ל ובטלפון הנייד .

תאריך: _____ שם ההורה: _____ ת.ז. _____ חתימת ההורה _____