

טופס הרשמה למחנה ליגת העל קיץ 2015
5.7-23.07.2015

נא לסמן ענף ספורט:

() כדור-סל () להטוטנות () שחייה שיפור () ג'ודו () מוזיקה d.J.
() כדור – רגל () טניס () שחייה בסיס () טבע סביבה () התעמלות קרקע

נא לסמן ב X עדיפות ראשונה ב V עדיפות שנייה פתיחת מסלול מותנה במספר נרשמים

פרטי הילד המשתתף (כתב ברור)

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ כיתה: _____ מין: ז / נ

תאריך לידה: ____ / ____ / ____ מס' ת.ז.: _____

כתובת מגורים:

ישוב: _____ רחוב: _____ מס' בית: _____ מיקוד: _____

אמצעי קשר:

טלפון בבית: _____ / _____ טלפון אימא: _____ / _____

טלפון אבא: _____ / _____

כתובת FACEBOOK/E-MAIL: _____

() אישור לצילום הילד ושליחה באימייל/פייסבוק

שם: _____ חתימה: _____

הצהרת בריאות (חתימת הורה):

אני מצהיר בזאת כי מצב בריאותו של ילדי תקין. תאריך: ____ / ____ / ____ .

שם: _____ משפחה: _____ חתימה: _____

תשלום:

המחאות – לפקודת קיבוץ גן שמואל (לפני פתיחת המחנה)

במשלוח בדואר יש לשלוח צילום ההמחאה בפקס או במייל

מזומן – בתאום עם המשרד

קופונים- יש להציג במשרד

רישום:

ניתן לשלוח טופס הרשמה לפקס: 6220153 – 04 או למייל Gansport@ganshmucl.com

הסעות:

23.7-5.7.2014 בתוספת תשלום של 390 ₪ (מתנה במינימום נרשמים).

() **אנו מעוניינים בהסעות שם הורה** _____ (בהזמנה לכול תקופת המחנה)

לפרטים נוספים: אריה: 054-4275857, משרד: 04-6320405 Gansport@ganshmucl.com

****ההרשמה אינה מאושרת ללא טופס הצהרת בריאות מצורף**

הצהרת הורים על מצב בריאותו של ילדם

הקייטנה _____ היישוב _____

אל : מנהל הקייטנה/המחנה _____

מאת : הורי הילד/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/במחנה.
- ☐ יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה כדלקמן :

תיאור המגבלה : _____

השתתפות בפעילות גופנית : _____

השתתפות בטוילים : _____

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 _____

שם+כתובת+טלפון לפנייה בשעת מצוקה _____

- ☐ בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה :

שם התרופה : _____

אופן הטיפול : _____

- ☐ לבני/בתי יש רגישות לתרופות/מאכלים/ אחר : _____

אם כן האם ניתן טיפול ואיזה : _____

- ☐ בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בצידוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד') :

- ☐ בני/בתי יודע/ת לשחות.

- ☐ בני/בתי אינו/ה יודע/ת לשחות.

התאריך : _____ השם ההורים : _____ חתימת ההורים : _____