**טופס הצהרת בריאות לקראת המסע לפולין 20/10/15 – 26/10/15**

שם התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתה \_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הנני מצהיר כדלקמן: (הקף)**

* לא ידוע לי על מחלה כלשהי או מגבלה בריאותית של בני/בתי.
* בני/בתי אינו/ה נוטל/ת בקביעות תרופות כלשהן.
* בני/בתי סובל/ת ממגבלות בריאותיות, רגישויות ו/או מחלות (נא לפרט):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **בני/בתי נוטל/ת את התרופות הבאות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **בני/בתי נזקק/ת ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(נא לפרט: תרופות, משאף, תזונה, אביזרים וכדו').**

יש לצרף לטופס זה אישור **מרופא** המאשר את השתתפות בנך/בתך במסע לפולין. את הטופס בצירוף **האישור רפואי** יש לעביר למחנכת עד יום ד' ה7/10/2015.

על החתום הורה התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**חתימת הורה על טופס זה מהווה הסכמה למתן טיפול רפואי בעת הצורך במהלך המסע לפולין .**