

הצהרת בריאות

אני מצהיר/ה בזאת כי בני/בתי

שם הילד _____
שם משפחה _____
מס' ת.ז. _____
בית ספר _____
כיתה _____
קופת חולים _____
נרשם ל _____

בריאות

בריא לחלוטין: כן / לא (הקף בעיגול)

סובל מאלרגיות או רגשיות: כן / לא (הקף בעיגול)

*נא לציין אם סובל מבעיות בריאותיות, לפרט ולצרף אישר רפואי מתאים במידת הצורך.

*יש לעדכן ולהזכיר לצוות ביום הראשון לפעילות אודות דגשימצבו הבריאותי של הילד.

אני מאשר השתתפותו בכל הפעילויות המפורטות בתוכנית שנמסרה.

שם ההורה _____
מס' ת.ז. _____
טלפון _____
חתימה _____