



בס"ד

אישור רפואי למילוי ע"י רופא המשפחה בלבד

שם הילד הנרשם למחנה _____ מטופל _____

בקופ"ח כללית / מכבי / לאומית / מאוחדת (לסמן הקופה הנכונה)

אני מצהיר/ה בזאת כי הילד/ה הנ"ל בריא/ה ויכול/ה להשתתף בפעילויות גופניות כגון שחייה, ריצה וכו', או כל פעילות אחרת שהיא חלק מתוכנית המחנה.

(במידה ויליד/ה קיימת מגבלה כלשהי, יש לצרף מכתב חתום על ידי רופא משפחה).

שם הרופא המטפל: _____ טלפון: _____

תאריך _____ חתימת הרופא: _____

חותמת הרופא _____

המבקש/ת מבוטח/ת בתוכנית קופת חולים ישראלית הבאה: *
כללית / מכבי / לאומית / מאוחדת (יש לסמן את הקופה הרלוונטית)

מספר פוליסה: _____

*משתתפים מחו"ל חייבים לרכוש ביטוח רפואי דרך אחת מקופות החולים בישראל, שיכסה את הילד/ה במהלך כל תקופת המחנה. יש לספק לנו את כל פרטי הביטוח הרפואי. חניכים ישראלים חייבים להביא איתם את כרטיס הקופה המגנטי למחנה.

לתשומת לבכם, מתן מידע שגוי ו/או אי גילוי מידע עלול להזיק לילדכם, מכיוון שהצוות זקוק לכל המידע הרפואי המלא על ילדכם על מנת לקבוע את כשירותו למחנה ולוודא שאנחנו יכולים לקחת אחריות מלאה עליו/ה. **במקרה של מידע שגוי ו/או אי גילוי מידע, שומרים או יו ישראל וצוות המחנה לעצמם את הזכות להפסיק מידית את השתתפות הילד/ה במחנה. במקרה כזה, ההורים יקבלו הודעה ויידרשו לאסוף את ילדיהם באופן מיידי ועל חשבונם. לא יינתן החזר כספי בנסיבות אלה.**

חובה לשלוח עם הילד/ה למחנה כרטיס מגנטי של קופ"ח.

ההרשמה אינה תושלם ללא הגשת כל הטפסים החתומים ופרטי קופת החולים שם ההורה

_____:

תאריך: _____ חתימה _____

אנא סרוק את זה והעלה אותו להרשמה של ילדך באתר

IA שלח בדוא"ל ל: campdror@ouisrael.org