



טופס הרשמה ליום כיף באל על – 28/12/16

האירוע מחייב הרשמה מראש. שליחת טופס זה אינה מהווה אישור ליציאת הילד לשבת. לילד יוצמד מלווה מתנדב מטעם הארגון.

שם פרטי: שם משפחה: ת.ז.

ביה"ס: מין: ז / נ תאריך לידה: / / מידת חולצה: משקל:

כתובת: עיר: רחוב: מס' מנייד:

שם אחד ההורים: טל' בבית: ניייד:

האם הילד/ה נוטל תרופות באופן קבוע?

אם כן – נא לציין את שם התרופה ומועדי נטילתה:

.....

האם הילד/ה סובל מאלרגיות או רגישויות שונות כן / לא

אם כן פרט:

ניידות: הליכה מלאה / באמצעות הליכון / כיסא גלגלים / כיסא ממונע / אחר:

במידה ויש כיסא גלגלים- האם הכיסא מתקפל? כן/ לא

הערות:

.....

.....

הסעה תצא מרכבת ארלוזורוב תל אביב

* שליחת טופס זה אינה מהווה אישור סופי ליציאה לפעילות.

במידה ויימצא לנכון ניצור עמכם קשר על מנת להמשיך את תהליך ההרשמה.

את הטופס יש לשלוח לפקס 03-5777668 לפרטים- 052-3209091





הסכם אחריות ליום כף באל על – 28/12/16

הסכם אחריות זה דורש חתימת הורים או אפוטרופוס חוקי בלי חתימות אלו לא יתקבל הילד לפעילויות כל האמור בטופס זה, בלשון רבים אף בלשון יחיד במשמע.

- 1- ארגון חברים אינו אחראי על כל אובדן, נזק, או גניבת ציוד אישי.
- 2- במקרה ששני ההורים לא יהיו בביתם במהלך תקופת הפעילות או בחלק מהזמן הם חייבים להודיע על כך לנציגי חברים מראש ולהודיע איך ניתן להשיג אותם.
- 3- הננו מאשרים בי הובא לידיעתנו כי מבין הפעולות בהן ישתתפו ילדנו ישנן אשר יכולה להיות בהן מידה מסוימת של סכנת פגיעה ברור לנו כי האחריות לשלומם ובטחונם של הילד מוטלת עלינו אלא אם ציינו על טופס זה סייגים מפורטים או מגבלות מפורטות לחופש הפעילות של ילדנו.
- 4- אנו משחררים בזה את חברים וכל הפועל בשמם לרבות סוכניהם נציגיהם ועובדיהם בשכר ובהתנדבות מכל תביעה דרישה או טענה מכל סוג שהם בקשר לאמור לעיל ומתחייבים לשפותם או מי מהם במידה וידרשו לשלם סכום כלשהו בקשר לתביעה דרישה או טענה כזו או הנובע מהם הננו מוותרים מראש על כל תביעה דרישה או טענה שיכולה להיות לנו נגד הגופים והאנשים שצוינו לעיל.
- 5- אנו מאשרים העברת כל מידע רפואי לצורך ההרשמה כדי לאפשר טיפול מתאים בילדינו ולעדכון בהמשך.
- 6- כל המידע שנמסר בטופס זה עדכני נכון ליום מילוי הטופס ואנו מרשים לילדינו להשתתף במלוא התוכניות אם לא צוין אחרת בטופס זה על ידנו.
- 7- הננו מאשרים בזה לחברים ונציגיהם לצלם להסריט או להקליט את ילדינו בפעילות התוכנית ולהשתמש בצילומים וסרטי ווידאו אלה ולפרסם את הפעילות של חברים. הננו מאשרים שימוש זה בשם ילדינו מתוך הבנה שלא יהיה ניצול בלתי הולם בכל הנ"ל. הרשות ניתנת רק לאנשי חברים ולפועלים מטעמם בלבד.
- 8- הננו מאשרים בזה לילדינו להשתתף בכל נסיעה לטיול המתוכנן ע"י חברים במסגרת הפעילות.
- 9- במקרה של אירוע המחייב טיפול רפואי/כירורגי, חירום או מצב רפואי הדרוש בו טיפול רפואי אנו מרשים לצוות הרפואי של חברים או מטעמו להושיט את הטיפול הדרוש או לארגן עבור ילדינו טיפול זה כולל אך לא מוגבל לרנטגן, הרדמה, טיפול רפואי, טיפול רפואי שיניים, טיפול כירורגי או כל טיפול אחר אשר נדרש במקרה של אירוע חירום זה. אנו מבינים שצוות חברים יצור איתנו קשר בהקדם האפשרי.
- 10- אנו מקבלים על עצמנו אחריות כספית מלאה לטיפול רפואי שגרתי או חירום שנדרש בתקופת הפעילות כולל הוצאות מעבדה אשפוז כירורגיה וכדומה באם יזדקק בהם ילדינו לפי המלצת צוות הרפואי של חברים ובית חולים המטפל.

הגבלות בפעילות:

אנו חותמים על טופס זה בהביננו את תוכנו ומשמעותו

שם החניך: _____

שם ההורה/אפוטרופוס: _____ ת.ז.הורה/אפוטרופוס: _____

חתימה _____

תאריך: _____

