

חובה לצרף
תמונת פספורט
עדכנית



תאריך: ___/___/___

נא להחזיר לפקס: 03-5777668 או במייל Sherut@haverim.org.il

על מנת להתעדכן אודות פעילויות קרבות של "חברים לרפואה" יש להיכנס לאתר האינטרנט שלנו בכתובת: www.haverim.org.il בעמוד "ילדינו"
כדי להירשם לפעילות ספציפית יש להוריד מהאתר את טופס ההרשמה לאותה פעילות, למלא ולשלוח לפקס: 03-5777668. יש לוודא שהפקס הגיע בטלפון 03-5792220 שלוחה 2 עם בנות השרות או בנייד 052-3209091

טופס הרשמה כללי לפעילות

1. אין במילוי הטופס הודעה על קבלת הילד לפעילויות, כל טופס ייבדק, ותינתן תשובה לאחר מכן.
2. חובה למלא את כל השאלות בטופס ושאלות שאינן נוגעות לילד יש למחוק ע"י קו.

פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מקום לימוד: _____
 מין: ז / נ תאריך לידה: ___/___/___ ת"ז: _____ מידת חולצה: _____
 עיר: _____ רחוב _____ מס': _____ מיקוד: _____
 טל' בבית: _____ נייד: _____ טל' לשעת חרום (חובה) _____
 דואר אלקטרוני ליצירת קשר: _____

פרטי ההורים:

שם האב: _____ מס' ת.ז.: _____ נייד האב: _____
 שם האם: _____ מס' ת.ז.: _____ נייד האם: _____ מצב משפחתי: _____
 הערות: _____

יש למלא את כל השדות:

חובה לפרט ולמלא את כל הנתונים במדויק			
	משקל:	גובה:	
תפקוד	עצמאי	עזרה חלקית	עזרה מלאה
הליכה			
ריצה			
הלבשה			
שירותים			
ארוחות			
מקלחת			
שחיה			
אחר			

האם הילד/ה?	כן	לא	אחר/ פרט
מדבר/ת			
נעזר/ת בקביים			
נעזר/ת בהליכון			
מרכיב/ה פרוטזה			
משתמש/ת בכסא גלגלים			
האם הכסא ממונע/ לא מתקפל			

משקל הכסא: _____ רוחב הכסא: _____





מידע רפואי למילוי ע"י רופא מטפל

שם הילד/ה: _____ ת.ז: _____
 קופ"ח בה מבוטח/ת: _____ סניף: _____ טלפון: _____
 בי"ח /מוסד מטפל: _____ מחלקה: _____
 שם רופא מטפל: _____ טלפון לאיתור: _____
 שם עובדת סוציאלית: _____ טלפון לאיתור: _____

טיפולים הנחוצים במהלך פעילות מחוץ לבית:

שם תרופה	מינון ומועד נטילה	אופן נטילה	הערות והוראות מיוחדות

בדיקה גופנית:

אף:	ריאות:	עור:	ראש:	נירולוגית:	מערכת המין:
גרונ/לוע:	בטן:	אחר:	עיניים:	בלוטות הלימפה:	המחזור חודשי:
אוזניים:	לב:	גפיים:	רגישות לתרופות ומאכלים:		





מידע רפואי למילוי ע"י רופא מטפל - המשך

1. אבחונים רפואיים מפורטים:

2. ניתוחים: _____

3. פרכוסים:

האם היו פרכוסים אי פעם? כן / לא

אם כן—איזה סוג פרכוסים: _____

תדירות: _____

טיפול במקרה של פרכוס _____

4. תרופות: (באנגלית) כולל טיפול ברטאלין:

מינון: _____

בוקר: _____

צהריים: _____

ערב: _____

5. רגישויות לתרופות? כן / לא

אם כן: _____

6. רגישות לאוכל או רגישויות אחרות? כן / לא

חוסן בתאריך	כן, בשנת	לא	
			חצבת
			אדמת
			חזרת
			שיתוק ילדים
			טטנוס
			חיסון משולש
			משולש דחוף

חוסן	כן, בשנת	לא	האם היו בעבר:
			שיתוק ילדים דחף
			חיסון כפול
			אבעבועות רוח
			סוכרת
			פרכוסים
			דלקום אוזניים
			דימומים מהאף
			אסטמה

חתימה: _____

שם הרופא: _____





הסכם אחריות כללי:

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 כי 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 ידינו.
- 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/טיול 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 רפואת 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: _____

חתימה

תאריך: _____

