



## אישור הורים בריאותי ומשמעתי

הפעילות הרלוונטית:

**טיול פסח שכב"צ**

מקום הפעילות:

**מישור ימין - שדה בוקר**

סוג הפעילות:

**טיול**

תאריך הפעילות:

**22-24.3.10**

אישור על הכרות ההורה עם נהלי ההרשמה והמשמעת של תנועת הנוער

### נהלי הרשמה לטיולים מאת תנועת הנוער

- ההרשמה לטיול מסתיימת בתאריך 13/3/10 על ידי רכז היישוב. במידה ויישוב הקדים את תאריך סגירת ההרשמה בהודעה נפרדת - יש לפעול על פי הנוהל היישובי!
- ניתן לבטל הרשמה עד תאריך 14/3/10 - ביטול יעשה אך ורק דרך רכז הנוער.
- ביטול שיתקבל במועד זמן מאוחר מהתאריך הנ"ל יידרש בתשלום יחסי - בין 50% - 70%.
- ביטול/ אי הגעה ביום המפעל יגרור אחריו תשלום מלא.
- אישורים רפואיים יתקבלו אך ורק במידה ומראים כי הונפקו במהלך התאריכים הרלוונטיים.
- המצאת אישור רופא אינה מבטלת את התשלום היחסי בעבור המפעל - למעט במקרים חריגים.
- המצאת אישור רפואי לאי הגעה ביום הטיול יביא להחזר של 50%.

### התנהגות בפעילות תנועה:

התנהגות תקינה בפעילויות תנועת הנוער הינה תנאי בסיסי להשתתפות בפעילות. **ערך כבוד האדם הינו קו מנחה את חניכי ונוגרי תנועת הנוער של האיחוד החקלאי**, לפיכך יש לנהוג בכבוד כלפי הקבוצה, המדריך, המדריכים המקצועיים וסגל התנועה. חלק בלתי נפרד מערך הכבוד לזולת הוא גם הכבוד לרכוש ולמקום, על כן יש לשמור על ניקיון ואיכות המתקנים בהם אנו שוהים במהלך הפעילות.

- ⊗ אין לנהוג באלימות כלפי אף חניך או איש צוות בתנועת הנוער ומחוצה לה.
- ⊗ קיים איסור מוחלט על עישון ושתיית אלכוהול במסגרת הפעילות התנועתית בכל שעות היממה.
- ⊗ אין לנהוג בכל דרך המסכנת את בטחון החניך האישי או ביטחונם של אחרים.

**חניך אשר יעבור על כללי ההתנהגות הנאותה ישוב לביתו והורי החניך יידרשו בתשלום**

### הוצאות הנסיעה:

הריני לאשר כי קראתי את תוכנית הפעילות, ידועים לי כל פרטיה, והנני מסכים שבני/בתי ישתתפו בה. כמו כן הנני מצהיר כי קראתי את נהלי ההרשמה והמשמעת של תנועת הנוער בפעילותה.

תאריך	שם ההורה	מספר ת.ז.	טלפון נייד	חתימת ההורה

### אישור על מצב בריאותו של ילדכם המשתתף בפעילות תנועת הנוער של האיחוד החקלאי

#### פרטי החניך:

שם משפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	מין	תאריך לידה	כיתה	קופ"ח	יישוב

**אני מצהיר בזאת כי: (נא לסמן בכל □):**  אם לא רלוונטי,  באם רלוונטי לילדכם)

1.  לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות תנועת הנוער.

2.  יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת כדלקמן:

פעילות גופנית	טיולים	פעילות אחרת
תאור המגבלה		

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_.

3.  יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, וכד')

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_.

4.  בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

סוג התרופה	תאור אופן הטיפול

5.  בני/בתי נעזר בכוחות עצמו/עצמה בציוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו):

\_\_\_\_\_

6.  הנני מאשר לבני/בתי להשתתף בפעילות ימית (בריכה / ים / אחר: \_\_\_\_\_)

\* בני/בתי יודע  אינו יודע  לשחות \* אני  מאשר  לא מאשר  לבני/בתי להשתתף ברחצת לילה.