



## אישור הורים שנתי – תנועת תרבות

הריני לאשר בזאת כי בני/בתי רשאים להשתתף בפעילות תנועת תרבות בבית היוצרים בשנת הפעילות תשע"ט, 2018-2019, על מרכיביה השונים:

- ✓ פעילות שבועית במסגרת הקבוצה בבית היוצרים ביישוב
- ✓ פעילות מיוחדת וערבי שיא במסגרת בית היוצרים
- ✓ פעילות חוץ בתחומי היישוב
- ✓ תיעוד הפעילות והחניכים כולל פרסום התמונות בפומבי

הודעה על קיום הפעילות תיעשה בכתב או בטלפון.  
תנועת תרבות עומדת בכל נהלי חוזר מנכ"ל משרד החינוך.

ההשתתפות בפעילות מותנית ברישום שנתי ותשלום דמי חבר בכתובת [farbut-reg.com](http://farbut-reg.com) או בטל' 03-5114090.

### פרטי החניך

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	תאריך לידה	מין	כיתה	יישוב
----------	---------	-----------	------------	-----	------	-------

### הצהרת בריאות

אני מצהיר בזאת כי (מחק את המיותר, ומלא/הקף את הרלוונטי):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בתנועת תרבות.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות חלקית בפעילות, כדלקמן:

---



---

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י:	לתקופה של:

3. יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסתמה, סכרת נעורים, אפילפסיה, אלרגיה)

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י:	לתקופה של:	שם, טלפון וכתובת לפנייה בשעת מצוקה:

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

סוג התרופה:	אופן הטיפול:

5. בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הבא:

--

6. ידוע לי כי מחובתי לעדכן את התנועה על כל שינוי במצב הרפואי של בני/ביתי.

### פרטי הורים

שם האב	טלפון נייד	שם האם	טלפון נייד
--------	------------	--------	------------

כתובת	טלפון בבית
-------	------------

תאריך	שם ההורה	מספר זהות הורה	חתימה
-------	----------	----------------	-------