



# קייטנת מוזיאון תל אביב לאמנות 2021

אל: אגף החינוך, מוזיאון תל אביב לאמנות

פאת: הורי החניך/ה

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת כי:

לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה/במחנה.

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה/במחנה כדלקמן:

תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

השתתפות בפעילות גופנית: \_\_\_\_\_

השתתפות בפעילות אחרת: \_\_\_\_\_

מצ"ב אישור רפואי שניתן על ידי \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

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

מצ"ב אישור רפואי שניתן מאת \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

שם + כתובת + מס' טלפון לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

הערות נוספות: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הנ"ל:

שם התרופה: \_\_\_\_\_

אופן הטיפול: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

שם ההורה החותם \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_