**דף הרשמה – קייטנת חנוכה - יומית 2020**

**יש למלא, לחתום בתחתית הדף ולשלוח לפקס 04-6751764 או** [**במייל office@afikimdogs.co.il**](mailto:במייל%20%20office@afikimdogs.co.il)

|  |  |
| --- | --- |
| **תאריך** | **סמן ב-**  BD21301_ |
| **יום שני - 14/12** |  |
| **יום שלישי - 15/12** |  |
| **יום רביעי - 16/12** |  |



**פרטי הנרשם:**

שם: בן / בת תאריך לידה:

כתובת:

טלפון: פלאפון:

Email:

**מספר הקייטנות בהן השתתפתי:** זאת הראשונה / שנייה / שלישית / הפסקנו לספור**(הקף)**

**נא השב לכל השאלות הרפואיות** / **אני מצהיר בזאת כי:**

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

2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה:

פעילות גופנית:

טיולים: פעילות אחרת: תיאור המגבלה:

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י לתקופה של

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

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י לתקופה של

4. בני/בתי מקבל/ת טיפול התרופתי: סוג התרופה:

תיאור אופן הטיפול:

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

6. האם קיימת רגישות מיוחדת לתרופות / מזון?

***יש להביא תרופות נדרשות, וחובה לעדכן את חובש הקייטנה.***

חבר/ת בקופ"ח: ת.ז של הילד/ה

*בעמק הירדן ישנה מרפאה של קופ"ח כללית ובטבריה מכבי ומאוחדת. בקייטנה יש מגיש עזרה ראשונה צמוד.*

|  |  |
| --- | --- |
| **הסעות כיוון אחד**:  מת"א 90 ₪ – כן / לא  M הדרך 90 ₪ – כן / לא  צומת אלונים 90 ₪ – כן / לא | **הסעות הלוך ושוב**:  מת"א 180 ₪ – כן / לא  M הדרך 180 ₪ – כן / לא  צומת אלונים 180 ₪ – כן / לא |

**עלויות הקייטנה:**

קייטנה 1 יום = 400 ₪

**תשלום:** ע"ס: תעודת זהות: מס' תשלומים: \_\_

מס' כרטיס אשראי: תוקף: /

**דמי ביטול:** במקרה של ביטול השתתפות בקייטנות ילד וכלבו:

עד 5 ימים לפני מועד תחילת הקייטנה: החזר מלא בקיזוז עמלת חברת האשראי + דמי טיפול- 80 ₪ .

* אין אחריות על אובדן ציוד ורכוש של הילד/ה (נא לא לשלוח חפצי ערך לקייטנה)
* ההורה מאשר/ת השתתפות הילד/ה בפעילות מחוץ לשטח הקיבוץ.
* אני מאשר/ת העלאת תמונות ילדי שצולמו בפעילויות הקייטנה לאינטרנט.

## בחתימתי אני מאשר כי האינפורמציה הרפואית הועברה במלואה –

**שם ממלא הטופס , חתימה**

**במידה וילדי יזדקק לטיפול רפואי בקופ"ח יהיה עלי להסדיר את הנושא מול קופת החולים של המשפחה.**