

הצהרת בריאות לפעילות



שם המשתתף: _____ שם משפחה: _____

כיתה: _____ ת.ז. _____

e-mail: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

1. הצהרת בריאות

אני מצהיר כי:

לא ידוע על מגבלות בריאותיות המונעות ממני/ מבני/בתי להשתתף בפעילות המרכז הקהילתי.

יש לי/ לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות

תיאור המגבלה: _____

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי _____

לתקופה _____

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:

אני מתחייב/ת בזאת לעדכן על כל שינוי שעשוי לחול במצבו/ה של בני/בתי.

חתימה

שם החותם ושם המשפחה

