



## טופס רישום משפחות לפעילויות "זכרון מנחם"

### פרטי הילד החולה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ מין: ז / נ  
 ת.ז. (של הילד) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ תאריך לידה עברי \_\_\_\_\_

רחוב: \_\_\_\_\_ מס': \_\_\_\_\_ כניסה: \_\_\_\_\_ קומה: \_\_\_\_\_ דירה: \_\_\_\_\_  
 שכונה: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ ת.ד.: \_\_\_\_\_

### פרטי הורים:

שם האב \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 שם האם \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 טלפון בבית: \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה אבא: \_\_\_\_\_ תאריך לידה אמא: \_\_\_\_\_ תאריך יום נישואין: \_\_\_\_\_  
 איך הייתם מגדירים את אורח החיים שלכם:  חילוני  דתי לאומי  חרדי

### מידע על מצב בריאותי:

מטופל בביה"ח \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_  
 אבחנה \_\_\_\_\_ מיקום הגידול \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_  
 מטופל בטיפול: אקטיבי / אחזקתי \_\_\_\_\_ סיום טיפול אקטיבי בתאריך \_\_\_\_\_  
 קופ"ח \_\_\_\_\_ שם עו"ס \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

### פרטי אחים ואחיות:

שם	מין	גיל	ת.ל	מסגרת/מקום לימוד	כיתה	הגבלות בפעילות

אנו מאשרים שימוש בתמונות וסרטים של הילד לצרכי פרסום והסברה של העמותה.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם ממלא הטופס: \_\_\_\_\_ החלטת המשרד: \_\_\_\_\_