



טופס רישום מחנה קיץ הולנד 2024

בס"ד

חובה למלא את כל הפרטים!

(אותיות לטיניות נא לרשום באותיות גדולות)

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תאריך לידה: _____ / _____ / _____ מין: ז / נ.
תעודת זהות: _____ טל בית: _____ - _____ פקס: _____ - _____
נייד ילד/ה: _____ דואר אלקטרוני: _____
רחוב: _____ מס': _____ כניסה: _____ קומה: _____ דירה: _____
שכונה: _____ עיר: _____ מיקוד: _____ ת.ד.: _____
שם האב: _____ מקום עבודה: _____ טל' בעבודה: _____ / _____ נייד: _____ / _____
שם האם: _____ מקום עבודה: _____ טל' בעבודה: _____ / _____ נייד: _____ / _____

מידע על מצב בריאותי:

מטופל בביה"ח _____ שם הרופא המטפל _____ טל' _____ קופ"ח _____
אבחנה _____ בתאריך _____ מיקום הגידול _____
היקמן/פיק ליינ/ פורטקט כן / לא זקוק לטיפה כן / לא
מטופל בטיפול אקטיבי בכימותרפיה כן / לא עד תאריך: _____ / _____ / _____
מטופל בטיפול ביולוגי כן / לא עד תאריך: _____ / _____ / _____ שם התרופה: _____
טיפול אחזקתי כן / לא עד תאריך: _____ / _____ / _____ כימותרפיה ביולוגי אנטיביוטיקה
מטופל בהקרנות כן / לא בתאריך: _____ / _____ / _____
השתלת מוח עצם כן / לא השתחרר בתאריך _____ / _____ / _____
הגבלות בתנועה: כסא גלגלים כן / לא קביים כן / לא אחר _____
הגבלות אוכל ושתייה _____ בעיות בשינה _____
בעיות נפשיות _____ הגבלות אחרות _____
זקוק לטיפולים/בדיקות בזמן המחנה כן / לא: פרט _____

זקוק/ה לתרופות במהלך ימי המחנה. כן / לא (הקף בעיגול)

שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____
שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____
שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____

חלה בעבר באבעבועות רוח כן / לא. קיבל חיסון לאבעבועות רוח כן / לא.

סיום טיפולים אקטיביים בתאריך _____ / _____ / _____ סיום טיפול אחזקתי בתאריך _____ / _____ / _____

מידת חולצה (גודל) _____ ברשותי חולצה של "זכרון מנחם" (ירוק) כן / לא כמות _____ סוצ'ר כן / לא

לאחר המחנה ישלח אליכם סרט המתעד את המחנה. אנו מאשרים שימוש בתצלומים וסרטים של הילד לצרכי הסברה.

אישור מהרופא מצ"ב. ישלח בתאריך _____ / _____ / _____ שם עו"ס _____ טל' _____

ידוע לנו כי מדובר בילד עם רקע רפואי חריג, ובזאת הננו מאשרים את הסכמתנו להשתתפות בנו/בתנו במחנה. אין לנו ולא תהיינה לנו כל תביעות בגין כל נזק העלול להגרם לבנו/בתנו בזמן שהותו במחנה. בחתימתנו אנו גם מאשרים כי יידענו אתכם במצבו הרפואי המעודכן וכי הילד נוסע בידיעת הרופא המטפל ובאישורו וע"כ חלה סודיות רפואית. אנו מאשרים לכם או לב"כ לתת טיפול רפואי נדרש לפי שיקול דעת של הצוות הרפואי הנלווה למחנה ומקבלים על עצמנו אחריות שלוחית וכספית לכל טיפול שידרש, אנו מאשרים להעביר פרטים שלו לצוותים הרפואיים שיצטרכו לטפל בו.

אנו מאשרים כי הילד/ה יעבור בדיקת קורונה 48 שעות בטרם ההגעה.

חתימת הורים _____

תאריך _____

את הטופס המלא ניתן לשלוח לפקס: 073-331-8059

או צילום ברור וקריא למייל: CAMP@ZICHRON.ORG וצאפ: 058-634-5584