

תאריך: \_\_\_\_\_

**טופס הרשמה ל"מחנער" - יולי 2021**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם החניך/ה: \_\_\_\_\_ עולה לכיתה: \_\_\_\_\_

נייד אם: \_\_\_\_\_ נייד אב: \_\_\_\_\_

נייד חניך/ה: \_\_\_\_\_

מידת החולצה המבוקשת: \_\_\_\_\_

**סכום התשלום למחנער 2021 יולי אוגוסט 850 ₪**

**יולי/אוגוסט 550 ₪ (אנא ציין לאיזה חודש נרשמים)**

**אופן התשלום:**

סכום כולל: \_\_\_\_\_ אופן התשלום: \_\_\_\_\_

• **מזומן:** \_\_\_\_\_

• **תקבול בצ'קים:**

תאריך הצ'ק: \_\_\_\_\_ סכום: \_\_\_\_\_

תאריך הצ'ק: \_\_\_\_\_ סכום: \_\_\_\_\_

תאריך הצ'ק: \_\_\_\_\_ סכום: \_\_\_\_\_

• **כרטיס אשראי:**

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_

מס' הכרטיס: \_\_\_\_\_ תוקף: \_\_\_\_\_

סוג הכרטיס: \_\_\_\_\_ מס' תשלומים: \_\_\_\_\_

## אישור השתתפות בפעילות במחננער 2016

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ עולה לכיתה: \_\_\_\_\_

נייד אמ: \_\_\_\_\_ נייד אב: \_\_\_\_\_

נייד חניך/ה: \_\_\_\_\_

החתום מטה מאשר בזאת לבני / בתי: \_\_\_\_\_ להשתתף בפעילות קיץ "מחננער" ומצהיר בזאת כי לבני/ בתי אין כל מגבלה פיזית, רפואית ו/או אחרת אשר מונעת ממנו השתתפות בפעילות המחננער.

הרני מצהיר כי קראתי וקבלתי לידי את התוכניה לפעילות המתוכננת ומאשר/ת לבני/ בתי לקחת חלק פעיל בפעילות זו לרבות שחייה בבריכה .

במהלך המחננער נצא לפעילויות באתרי מים שונים. עלינו לוודא שילדכם יודע/ת לשחות והנכם מאשרים לו כניסה לאתרי המים.

**הרני מאשר כי בני/בתי : יודע/ת לשחות / לא יודע/ת לשחות (סמן בעיגול)**  
הנני מצהיר בזאת כי בני/בתי **נוטל/ת/אינו נוטל/ת** תרופות באופן קבוע.  
באחריות ההורים לספק את התרופות במהלך ימי הפעילות.  
בכל מקרה חריג יש להודיע לממונים : מדריכי הקבוצה, רכזת, מנהלת המחננער .  
במהלך המחננער אנו חווים חוויות נפלאות ואת חלקן אנו מצלמים .  
אבקש את אישורכם לצלם את ילדיכם ולהשתמש בתמונות אילו באתרי המועצה על שלוחותיה ובפליירים.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות

המסמך נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך מתייחס לשני המינים.  
יש להקיף בעיגול:

1. האם הינך סובל מבעיה רפואית כלשהי?  
כן/לא  
\_\_\_\_\_ : אם כן פרט:
2. האם הנך סובל מבעית לב?  
כן/לא
3. האם הנך סובל מלחץ דם גבוה, נמוך?  
כן/לא
4. האם הנך סובל מבעיות גב?  
כן/לא
5. האם הנך סובל מאלרגיות כלשהן? ( מזון, דבורים וכד') אם כן פרט  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. האם הנך צופה קושיי השתתפות כלשהן בפעילויות המחנער בהתייחסות לכושר הגופני שלך? **כן/לא**  
אם כן, הסבר: \_\_\_\_\_
7. האם הנך נוטל תרופות כלשהן? **כן/לא**  
אם כן, הסבר לאיזו מטרה?: \_\_\_\_\_
8. האם הנך סובל מאסטמה או בעיית נשימה אחרת? **כן/לא**  
אם כן, הסבר: \_\_\_\_\_
9. האם הנך סובל ממגבלה גופנית כלשהי? **כן/לא**  
אם כן, הסבר: \_\_\_\_\_