



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



הצהרה על מצב בריאות/ה של התלמיד/ה

המסע לפולין 2018

שם התלמיד/ה	כיתה	ת.ז.	מס' דרכון

הנני מצהיר בזה: (נא לסמן את הסעיף המתאים)

1. שלא ידוע לי על מגבלות המונעות מבני / בתי להשתתף בכל הפעילויות הנדרשות במסגרת המסע לפולין.

2. שיש לבני / בתי מגבלות בריאותיות הדורשות כיסוי ביטוחי נרחב יותר.
(במרקה זה יש לצרף אישור רפואי).
פירוט המגבלה הרפואית והטיפול הנדרש (תרופות וכיו"ב):

3. בני/בתי סובלת / מרגישויות / אלרגיות:

דרכי הטיפול / המניעה:

(* נא למלא את הפרטים הבאים למקרה של פנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית):

שם ההורה	כתובת	טלפון בית	טלפון נייד

על החתום:

תאריך

חתימת ההורים

שם ההורים



ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר
רח' סמדר פינת רוקח (רוקח 118) ת"ד 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
אתר: <http://www.ohel-shem.com> דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com