



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



ערכת טפסי רישום למסע "אהל-שם" לפולין – ספטמבר 2023

נא להחזיר את הטפסים מלאים וחתומים + שני עותקים של צילום דרכון עד יום רביעי, 17.5.2023.

טפסי תשלום יש להעביר ישירות לחברת הנסיעות

יציאה למסע ביום רביעי, כ' באלול תשפ"ג, וחזרה לארץ ביום שלישי, כ"ו באלול תשפ"ג, 6-12.9.2023.

בקשת מועמדות והוריו.ה להצטרפות למשלחת לפולין – ספטמבר 2023

	תזונה רגילה /צמחוני/טבעוני/ נטול גלוטן	ז / נ			
ת. זהות	הקף תשובה נכונה	מגדר	שם פרטי	שם משפחה	
	כן / לא				
כתובת	שומר.ת שבת	כיתה	מייל תלמיד.ה		
שם הורה 1	שם הורה 2	מייל הורים	נייד הורה 1	נייד הורה 2	

הנני מבקש.ת ומאשר.ת לבני/בתי להשתתף במשלחת לפולין בתאריכים 6-12.9.2023. 🇮🇱

בני/בתי עומדים בקריטריונים המופיעים ב**חוזר מנכ"ל** לצורך היותו חבר במשלחת ממלכתית. 🇮🇱

ידוע לי כי **הומלץ** לבני/בתי טרם יציאת המשלחת להיות מחוסן בכל החיסונים אשר **מפורסמים ע"י משרד** 🇮🇱

הבריאות כחיסונים לתינוקות ולילדים וכן התחסנות בחיסונים **המומלצים ע"י משרד הבריאות ליוצאים**

לחוו"ל, שמתעדכנים מזמן לזמן.

המסע לפולין הוא מסע קשה ומרגש אך שזורים בו גם רגעי הפוגה והנאה.

המסע, בשונה מכל אירועי בית הספר המוכרים לכם, מתקיים מחוץ לגבולות מדינת ישראל.

חברי המשלחת יוצאים כשליחי בית הספר וכנציגי המדינה.

כולנו שותפים ומחויבים לקיומו המשמעותי, המכובד והבטוח של המסע!



ביה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212

דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com

אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

י"ד לישראל ארצי

כתב התחייבות הורים ותלמידים

התחייבות הורים:

- אני מאשר.ת את השתתפות בני/בתי בכל פעילויות ההכנה ובכל הפעילויות במסגרת תהליך השיבה הביתה ומודעת.ת לכך שתוכנית ההכנה הינה תוכנית מחייבת ומהווה חלק אינטגרלי מהמסע.
- ידוע לי כי אי השתתפות מלאה בפעילות ההכנה, החל מהמפגש הראשון ועד האחרון או במילים אחרות, השתתפות רק בחלק מהמפגשים תביא לביטול ההשתתפות של בני/בתי במשלחת, תימנע יציאתם למסע ודמי הביטול היה וידרשו יחולו עלינו.
- ידוע לי כי כל ההסדרים שכרוכים בנסיעת בני/בתי לחו"ל, ובכלל זה קיומו של ביטוח רפואי/ רכוש מתאים, דרכון תקין ותקף, קיומה של אשרה -ויזה (למי שאינו בעל אזרחות ישראלית) והסרת צו עיכוב יציאה מהארץ (היה וקיים) נמצא באחריותנו הבלעדית כהורים על כל המשתמע מכך ואנו נישא בכל העלויות שיהיו כרוכות מהעדרם של הסדרים מתאימים.
- אני מאשר.ת שלבני/בתי אין צו עיכוב יציאה מהארץ.
- ידוע לי כי התלמידים מבוטחים ביטוח קבוצתי הכולל ביטוח רפואי, מטען וביטוח הטס רפואי לארץ, ניתן לקבל מידע על סוג הביטוח אצל סוכן הנסיעות. בכל מקרה של פגיעה, פגיעה צד ג', אלימות, נזק או אובדן חפצים - אחריות לפיצוי תהיה רק במסגרת הביטוח. אין בית הספר והמחנכים המלווים אחראים בכל צורה שהיא במקרה הנ"ל.
- ידוע לי שמחוץ לשעות הסיורים המודרכים יטייל בני/בתי באופן חופשי ללא מלווה, אך זאת רק בזמנים ועל פי הכללים וההוראות שנקבעו ע"י הנהלת המשלחת ובאישור משרד החינוך.
- אני מודעת.ת לכך שאם בני/בתי יהיו מעורבים באירועים חריגים טרם יציאת המשלחת לחו"ל יגרום הדבר לביטול ההשתתפות של בני/בתי במשלחת, תימנע יציאתו.ה למסע ודמי הביטול יחולו עלינו.
- אני מודעת.ת לכך שאם בני/בתי יהיו מעורבים באירוע חריג בפולין יגרור הדבר הרחקתו.ה מהמשלחת והמסע והחזרתו.ה לארץ באופן מידי (בליווי מבוגר), עלויות החזרתו, לרבות הטסת המלווה יהיו על חשבון ההורים.
- הגדרת אירוע חריג** (חציית "קו אדום") הגורר ביטול יציאה או החזרה לארץ:
- קניית ו/או אחזקת ו/או שתיית אלכוהול ו/או סמים, הימורים, עזיבת המשלחת ללא אישור, אלימות, אי קבלת מרות, שימוש במתקני מלון שלא אושרו למשלחת, שיבוש התנהלות ותפקוד המשלחת, השחתה או פגיעה ברכוש/אתר, אי עמידה בכללי המוסד החינוכי, פעילות הנוגדת את החוק הישראלי ו/או הפולני!
- הריני מצהיר.ה בזאת כי לבני/בתי אין בעיות בריאות מיוחדות. במידה ויש - הריני מתחייב.ת להודיע עליהן בכתב לוועדה המארגנת את המסע ולרופא המשלחת.
- אני מתחייב.ת להמציא אישור רפואי מהרופא המטפל, המאשר כי מצבו הבריאותי של בני /בתי תקין וכי הוא/היא יכול.ה להשתתף במסע.
- בידי בני / בתי דרכון ישראלי בתוקף עד פברואר 2024 לפחות. **חובה לצרף שני עותקים של צילום הדרכון.**

מס' דרכון: _____ תוקף: _____

שם הורה 1: _____ חתימה: _____

שם הורה 2: _____ חתימה: _____



ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי

המשלחת הינה רבת משתתפים והצלחה במימוש יעדיה מותנית, בין השאר, במשמעת העצמית ובאחריות שיגלה כל אחד מחבריה. אי לכך נדרש כל אחד מהתלמידים להתחייב על התנהגות נאותה ולחתום על מסמך התחייבות.

הצהרת התלמיד.ה:

אני מבקש.ת להיות חבר.ה במשלחת "אהל-שם" הממלכתית היוצאת לפולין, ולייצג את מדינת ישראל, את בית הספר ואת משפחתי בכבוד.

אני מתחייב.ת למלא אחר כל ההוראות וההנחיות של ראשי המשלחת, צוות המורים, המדריכים וקציני הביטחון.

אני מתחייב.ת לא לעשן סיגריות מכל סוג שהוא ולא לשתות משקאות אלכוהוליים מכל סוג (במידת הצורך תבוצע בדיקת תיקים של תלמידים).

אני מתחייב.ת לא לצאת משטח המלון ללא אישור קצין הביטחון או ראשי המשלחת.

אני מתחייב.ת לשמור על התנהגות ראויה ותרבותית בבתי המלון: שקט במסדרונות ובחדר האוכל, לבוש מכובד, ניקיון חדרים ושמירה על הרכוש.

אני מתחייב.ת לעמוד בלוח הזמנים המדויק שנקבע ע"י ראשי המשלחת.

אני מתחייב.ת לא להחליף אוטובוסים וחדרים במלון (עפ"י הוראות הביטחון).

אני מתחייב.ת לשמור על אמות ההתנהגות המצופות ממני.

אני מתחייב.ת לשמור על טוהר המידות ועל ערכי המוסר.

אני מתחייב.ת לנהוג בנועם הליכות ולשמור על לבוש צנוע והולם.

אני מתחייב.ת למלא אחר הוראות הביטחון והבטיחות.

אני מתחייב.ת להשתתף בכל מפגשי ההכנה והסיכום שלאחר המסע.

אני מתחייב.ת לקיים את החוק הישראלי והפולני במהלך המסע.

אני מתחייב.ת שלא לשבש את התנהלותה הסדירה של המשלחת.

הנני מאשר.ת שקראתי את אישור ההורים והבנתי את ההשלכות המשמעותיות והכלכליות העלולות להיגרם היה ולא אתנהג כפי שמצופה ממני.

ידוע לי כי אי קיום ההתחייבות היא בבחינת עבירת משמעת על כל המשתמע מכך, בזמן המסע ואחריו עד הרחקה מבית הספר. בית הספר שומר לעצמו את הזכות להחזיר תלמיד.ה לארץ במהלך המסע (במימון התלמיד.ה והוריו.ה). במידת הצורך אני מאשר.ת לראש המשלחת וקציני הביטחון לערוך חיפוש בתיק האישי והמזוודה.

אני מאשר.ת ומקבל.ת את נוסח המכתב ומתחייב.ת לשמור על כל הנהלים הנדרשים.

שם התלמיד.ה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

קראתי ושוחחתי עם בני/בתי על כללי ההתנהגות כנדרש במסמך זה:

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____



ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



המסע לפולין - הצהרת בריאות וויתור על סודיות רפואית

הצהרה על מצב הבריאות של התלמיד. הניתנת בזאת באחריות ההורים נועדה להבטיח התאמת הביטוח הרפואי למצבו של הילד והיערכות וטיפול נכונים בשגרת הטיול ובמצבי חולי וחירום.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ כיתה: _____ טל: _____
מייל: _____ ת.ז: _____ תאריך לידה: _____

היה ותתרחש התפרצות של מגפה כדוגמת חצבת/ קורונה בה יונחו חברי המשלחת ע"י משרדי הבריאות הישראלי/ הפולני (ביחד או לחוד) להתחסן, הנני מתחייב להמציא לבית הספר אישורים על התחסנות בני/בתי בחיסון הנדרש, לכל המאוחר שבעה ימים טרם יציאת המשלחת למסע. ידוע לי, שככל שלא אמציא את האישורים הנדרשים לא תתאפשר יציאת. ה למסע ודמי הביטול יחולו עלינו.
לחילופין ככל שקיימת מגבלה רפואית לחסן את בני/בתי בחיסון מסוים, או שבני/בתי אובחנו קלינית ומעבדתית שיש לו. החסינות, הריני מתחייב. להמציא אישור על כך של הרופא המטפל, וכן אישור כי אין מניעה שבני/בתי ישתתפו במשלחת ובכלל זה שאין בהשתתפות בכדי לסכן את פעילות המשלחת ובכלל זה שלומם ובריאותם של חברי המשלחת.

הריני מאשר. ת בזאת כי ידוע לי שבשבועיים הקרובים תוגש לידיעתי תוכנית ההכנה ותוכנית המסע, הכפופה לשינויים כתוצאה מאילוצים שונים. לחילופין ידוע לי כי במסגרת כנס הפתיחה שיתקיים ביום חמישי 1.6.2023 בשעה 19:00 באשכול הפיס בבית הספר, תוצג להורים תוכנית ההכנה ותוכנית המסע, הכפופה לשינויים כתוצאה מאילוצים שונים. ידוע לי כי אם לא אשתתף במפגש הפתיחה, באחריותי לפעול לקבלת תוכנית ההכנה ותוכנית המסע.

היה ובני/בתי יאושפזו בפולין מכל סיבה, או יוכנסו לבידוד מעל 48 שעות אני מתחייב להגיע לפולין ולשהות בסמוך אליהם לפרק הזמן שיידרש והעלויות (כרטיס טיסה, מלון, כלכלה וכו') תחולנה עלינו.
4. אני מודעת. ת לכך שדמי ביטול היה וידרשו מכל סיבה שהיא (כגון: אירועי משמעת, סיבות אישיות, מגפות, מצב בטחוני, נסיבות פוליטיות וכו') יושתו עלי בהתאם לטבלאות דמי הביטול שסוכמו בין בית הספר לזכיון.
5. באחריותי לעיין בטבלאות דמי הביטול טרם רכישת הכרטיס ובהתאם להחליט על יציאת בני/בתי במשלחת והאם לרכוש הרחבות ביטוחיות כאלו ואחרות היה וניתן אם בכלל.

שימו לב!

במידה ולא קיימת בעיה בריאותית כלל יחתמו ההורים:

- א. בני/בתי אינו. ה סובל. ת ממחלה כרונית כלשהי (כגון: אסטמה, דלקות פרקים, תגובות אלרגיות לגורמים שונים).
- ב. בני/בתי אינו. ה לוקח. ת תרופות באופן קבוע, אינו. ה מטופל. ת במרפאה מקצועית באופן קבוע ולא אושפז. ה בחמש השנים האחרונות.
- ג. ככל הידוע לנו אין מניעה רפואית להשתתפות בנו/בתנו במסע לפולין.

חתימה ההורים: _____ תאריך: _____



ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com


מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"
י"ד לישראל ארצי

האם לילדך מחלה או מצב מן הבאים: נא לסמן X במקום הנכון. 

לא	כן	
		מגבלות בריאותיות חולפות או כרוניות המונעות ממנו/ממנה להשתתף בפעילות הנערכת במסגרת המסע לפולין
		אסטמה/ ברונכיטיס כרונית/ צפצוף בנשימה/ צפצוף בפעילות גופנית
		חסר דם / מחלת דם כרונית
		התקפות אלרגיה/ קדחת השחת/ נזלת אלרגית/ נזלת כרונית/דלקת עור אביבית
		מחלות בדרכי הנשימה (לרבות זיהומים חוזרים)
		מחלת כליות/ דרכי השתן/ זיהומים/ אבנים או "חולי" סכרת
		עבר של התעלפויות או איבוד הכרה
		לחץ דם גבוה
		מחלת לב / קצב לב/ קרומי הלב/ ניתוח לב
		אפילפסיה
		בעיות באוזניים לרבות בעיה של השוואת לחצים בטיסות/צלילות
		מחלות אוזניים כולל הפרעות בשווי משקל
		קלאוסטרופוביה – פחד ממקומות סגורים
		עבר של דימום או ליקויי דם אחרים
		מיגרנה
		הפרעה בבלוטות המטופלת באופן קבוע
		מחלות פרקים/ עצמות/ שרירים/ עצבים/ חולשת שרירים/ גפיים
		כאבי בטן חוזרים/ מחלת מעיים/ מחלת כיב או חיידק בקיבה (הליקובקטר פילורי)
		בעיות גב
		האם עבר.ה ניתוחים/אשפוזים? נא לפרט
		מחלות עיניים
		האם נוטלת תרופות? נא לפרט
		צרבות / מחלה של הושט
		מחלת תת ספיגה במעיים (כגון : צליאק)
		מחלה פסיכיאטרית בעיה התנהגותית, רעידות, פחדים, היסטריה ואיבוד שליטה
		כוויות קור בעבר
		מחלת חוט שדרה
		רגישות לתרופות
		אלרגיה לסוגי מזון שונים? חלב, זיתים וכו' נא לפרט
		בעיות ברכיים, פריקת כתף, ברך נא לפרט

במידה וקיימת בעיה בריאותית- חלק זה ימולא ע"י הרופא המטפל: 
כל תלמיד.ה יעביר לבית הספר מכתב מן הרופא המטפל בו.ה.
אם התלמיד.ה נוטלת תרופות באופן זמני או קבוע יפרטן הרופא ויצידו.ה במרשם.

נא פרטי הבאים :

1. תרופות שנוטלת התלמיד.ה באופן קבוע:

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____
- ד. _____



ביה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
אתר: <http://www.ohel-shem.com> דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"
יד לישראל ארצי

2. ניתוחים שעבר.ה התלמיד.ה ומועד ביצועם :

- א. _____
ב. _____
ג. _____

3. רגישויות לתרופות/ מאכלים / אחר :

- א. _____
ב. _____
ג. _____

4. בעיות פרקים, פריקת כתף, ברכיים, קרסול וכו' :

- _____

5. שלפוחית רגיזה : _____

6. מחלות ובעיות בריאות קבועות : _____

7. הערות : _____




הנני מצהיר.ה בזאת שהפרטים אותם העברתי על מצב הבריאות של בני/ בתי _____ הינם מדויקים ומלאים ומתחייב.ת להודיע למנהל.ת המשלחת ולרופא המשלחת על כל שינוי או תוספת מידע רלוונטי בכל הקשור לבריאותו.ה :

אב / אם / אפוטרופוס (נא לסמן בעיגול)

שם : _____ ת.ז. : _____

חתימה : _____ תאריך : _____

לידיעתכם :

-  במידת הצורך הנהלת בית הספר ו/או רופא המשלחת יבקשו מסמכים רפואיים נוספים.
-  הנהלת בית הספר לא מתחייבת לקבל כל אישור רפואי שיחתם על ידי רופא המשפחה.
-  אישור יציאה לפולין יינתן רק על ידי הנהלת בית הספר ואישור רופא המשלחת.



ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
אתר: <http://www.ohel-shem.com> דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



אישור הורים ותלמידים לפרסום תמונות באתרי בית הספר

הורים ותלמידים יקרים,

במהלך המסע מתלווה למשלחת צוות צילום שמופקד על צילום חברי המשלחת באופן מכובד.

אנו הורי התלמיד.ה. _____ מכיתה: _____ מאשרים לפרסם את תמונתו.ה באתרי בית הספר.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ תאריך: _____

שם התלמיד.ה: _____ חתימת התלמיד.ה: _____ תאריך: _____

אישור נסיעה בשבת

לידיעת ההורים והתלמידים,

במהלך המסע לפולין ייתכנו נסיעות בשבת.

אנו מביאים זאת לידיעתכם על-מנת למנוע אי נעימויות בכל הקשור לנושא שמירת השבת.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ תאריך: _____

שם התלמיד.ה: _____ חתימת התלמיד.ה: _____ תאריך: _____



ביה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222 פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"
יד לישראל ארצי

שאלון היכרות לקראת המסע לפולין

תלמידות ותלמידים יקרים, יש למלא שאלון זה במלואו ולהגישו עם שאר המסמכים בערכה זו.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מגדר: _____ כיתה: _____
 תאריך לידה: _____ ת.ז. _____ טלפון: _____
 שם הורה 1: _____ מס' טלפון נייד של הורה 1: _____
 שם הורה 2: _____ מס' טלפון נייד של הורה 2: _____

מדוע אתה מעוניין לתצאת למסע לפולין?

עם איזה תחושות אתה יוצאת למסע? האם יש לך התלבטויות או חששות? אנא התייחס לשתי נקודות משמעותיות.

באילו תחומים היית רוצה להרחיב את ידיעותיך דרך המסע? נא לציין שני נושאים לפחות.

מה ציפיותיך מהמסע? מה אינך רוצה שיקרה לך שם?

כיצד אתה יכולה לתרום למסע?



ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
 דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com



עיריית רמת-גן
 אגף החינוך
בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"
 יד לישראל ארצי

כל אחד מהמשתתפים במסע לוקח חלק בתפקידים שונים במסע. אנא בחר י לפחות שתיים מבין האפשרויות הבאות ונמק. י את בחירתך: תיעוד, הווי, לוגיסטיקה, כתיבת טקס, שירה, נגינה, הקראה בטקס, סיפור אישי, אחר.

האם יש לך קשר משפחתי לשואה? פרט. י.

האם כל תלמיד.ה צריך.ה לצאת למסע או שצריך להגביל במצבים שונים? פרט. י.

האם יש כתובת או אתר במהלך המסלול בה חשוב לך לבקר? פרט. י.

האם יש משהו שאת.ה רוצה לשאול או לבקש?

מה חשוב לך שמלווי הקבוצה בה תשובץ ידעו עליך?



שיהיה לנו מסע משמעותי ומוצלח
 צוות משלחת "אהל-שם" לפולין - ספטמבר 2023



ביה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222 פקס: 03-6239212 דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי