

מדרשת השילוב - נטור רמת הגולן



אישור הורים חד שנתי על השתתפות בנכם/בתכם בטיולי המדרשה בנטור

אל: ראש מדרשת השילוב נטור

מאת: הורי התלמיד/ה _____

הריני חותמת/ת על אישור חד שנתי לשנת הלימודים 2022-2023 התשפ"ג ליציאת בני/ביתי לטיולים שנמצאים בארגונו ותחת אחריותו של מדרשת השילוב נטור.

נא לסמן ב-X במקום המתאים :

לפי מיטב ידיעתי בני /ביתי כשיר/ה מבחינה בריאותית ויכול/ה להשתתף בפעילות הנ"ל ולא חל שום שינוי במצבו/ה הבריאותי לאחרונה

יש לבני/ביתי מגבלות בריאותיות שאינן מונעות השתתפות בפעילות הנ"ל – מצורף אישור רפואי לכך

לבני /בתי מגבלות בריאותיות המגבילות /מונעות את השתתפותו/ה בפעילות הנ"ל – מצורף אישור רפואי לכך

לידיעת ההורים והתלמידים, בהיות מדרשת השילוב תחת סמכותו ואחריותו של משרד החינוך בכל הנוגע לטיולים, המדרשה מחויבת לפעול על פי כלל הנחיות הבטיחות, לעבור דרך כלל הגורמים המאשרים והמבקרים בתהליך התכנון ובהוצאה לפועל של כל טיול והפעלה. כל טיול שיוצא ממדרשת השילוב יתואם ויאושר פעם נוספת ביום הטיול עצמו. הטיול יבוקר על ידי הבקרים של משרד החינוך – כך ועוד לפי הנחיות חוזר מגכ"ל משרד החינוך לענייני פעילויות חוץ בית-ספריות שאליו כפופות כל המסגרות אשר נחשבות מכינות קדם צבאיות (אשר ניתן לראותם באתר משרד החינוך)

שם האב/האם _____

תאריך _____

חתימה _____



טופס הצהרת בריאות

טופס הצהרת בריאות - חניכי המכינות הקדם צבאיות (טופס תואם להצהרת הבריאות ע"י משרד הבריאות)

שם ושם משפחה: _____

מספר תעודת זהות: _____

גיל: _____

(האמור בשאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך פונה כמובן גם למיין החזק)

חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית וענה על כל שאלה בכנות באמצעות סימון כן / לא

1. האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב? **כן/לא**
2. האם אתה חש כאבים בחזה (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)-
 - א. בזמן מנוחה? **כן/לא**
 - ב. במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום? **כן/לא**
 - ג. בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית? **כן/לא**
3. האם במהלך השנה החולפת (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)
 - א. איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? סמן לא - אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת). **כן/לא**
 - ב. איבדת את הכרתך? **כן/לא**
4. האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים (אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)
 - א. נזקקת לטיפול תרופתי? **כן/לא**
 - ב. סבלת מקוצר נשימה או צפצופים? **כן/לא**
5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר **כן/לא**

(אנא סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)-

 - א. ממחלת לב? **כן/לא**
 - ב. ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה) **כן/לא**
6. האם הרופא שלך אמר לך ב - 5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? **כן/לא**
7. האם הנך סובלת ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל, ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית? **כן/לא**
8. האם סבלת אי פעם מפגיעת חום ממאמץ? **כן/לא**



9. האם יש לך כאבים שרירים חריגים בשרירים אחרי מאמץ גופני ? כן/לא

10. האם הנך מקבלת טיפול תרופתי קבוע? כן/לא

11. האם בעבר חווית פציעת ספורט או עמוס יתר ? כן/לא

במידה וענית כן, פרט את אופי הפציעה וסטטוס נכון להיום:

חלק ב': הנחיות

1. אם סימנת כן באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה - לצורך קבלתך למסגרת האימונים, עלייך להמציא למנהל המכינה תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימון. מסגרת האימונים תקבל מתאמן שהמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.
2. אם ענית לא לכל השאלות שבחלק א' בטופס זה- מלא את ההצהרה שבחלק ג' לטופס זה וחתום עליה.
3. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש לעדכן את מנהל המכינה או נציגו ולהתייעץ עם רופא לגבי המשך פעילות במסגרת האימון.

חלק ג': הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה ומילאתי אותו בעצמי. אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.

ידוע לי כי לאחר שנתיים מיום חתימתי על הצהרת בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה.

שם משפחה: _____ תאריך: _____

חתימה: _____

* התועלת הבריאותית של פעילות גופנית סדירה ברורה; חשוב שיותר אנשים יהיו פעילים כל ימות השבוע; ביצוע פעילות גופנית בטוחה לרוב האנשים; השאלון הזה יבהיר לך באלו מקרים עלייך להתייעץ עם הרופא ולהביא תעודה רפואית שלך לפני שתתחיל להתאמן במסגרת האימונים.

חשוב להדגיש, מומלץ לבצע פעילות גופנית לאחר קבלת הדרכה ובאופן מדורג



movement
the wellness company



הסכמה בכתב של אחד מהורי קטין – לתלמיד/ה שלא מלאו להם 18 שנה ביום הגיעם למדרשה

מתאמן שלא מלאו לו 18 שנה יצרף להצהרת הבריאות או לתעודה הרפואית, לפי העניין, את ההסכמה מטה, חתומה בידי אחד מהוריו.

אני מצהיר/ה בזאת כי אני מסכים/ה כי בני/ביתי _____ מספר _____ ת"ז _____ כשיר/ה להתאמן בכל סוג מאמץ גופני ללא מגבלות רפואיות ידועות או מגבלות אחרות המונעות השתתפות זו.

להלן: _____

שם ההורה _____ תאריך _____

חתימת ההורה _____