



1.

טופס הרשמה לקייטנות איל"ן - קיץ 2018

יש למלא את כל הפרטים ולהעביר את הטפסים למרכז איל"ן (עבור קייטנות הקיץ) עד ה-30.5.18
 לכתובת: רח' י.ל גורדון 9, תל-אביב. מס' פקס: 03-5249828, דוא"ל kaitanot@ilan-israel.co.il
 לפרטים נוספים ניתן לפנות למשרד בטל: 03-5248141 שלוחה 2 נייד: 052-3084178, 050-7672728
הגעה עצמאית כרוכה בתשלום של 320 ₪ בעוד הגעה בהסעה מטעם איל"ן כרוכה בתשלום של 400 ₪.
אישור הרשמה סופי ינתן רק לאחר קבלת כל הטפסים והסדר התשלום
 * הפרטים בטופס מנוסחים בלשון זכר אך מכוונים לזכר ונקבה כאחד. # נא למלא על גבי המחשב/בכתב יד ברור

שם משפחה:	שם פרטי:	מין: ז/נ
מס' ת.ז.:	תאריך לידה:	סוג הנכות:
שם האב:	נייד:	טל' נוסף:
שם האם:	נייד:	טל' נוסף:
שם איש קשר במקרה היעדרות ההורים/אפוסטרופוס	טל':	
רחוב:	מס':	עיר:
מס' פקס:	דוא"ל:	מצב משפחתי:
כתובת לאיסוף הילד		

לומד בב"ס: _____ ב"ס רגיל _____ ב"ס לחינוך מיוחד _____
 בכיתה: _____ משולב בכיתה רגילה _____ בכיתה חינוך מיוחד _____
 האם ילדכם רשום בסניף איל"ן: כן / לא _____ אם כן, היכן: _____
 האם ילדכם משתתף בפעילות החוג החברתי של איל"ן בביה"ס און / בר אילן ? כן / לא _____
 האם ילדכם השתתף בקייטנות איל"ן בעבר? _____ אם כן היכן? _____
 האם ירצה לחזור למקום המארח? _____

דרך הגעה לקייטנה: _____ הסעה רגילה _____
 _____ הסעת מעלון _____
 _____ עצמאית _____

הסעות במהלך הקייטנה:
 _____ אוטובוס רגיל _____
 _____ הסעת מעלון _____

אביזר עזר נוסף שהילד מביא עמו לדוגמא: הליכון, קביים, כיסא שירותים וכו' _____

משקל: _____ **גובה:** _____ **מידת חולצה:** _____ **כשרות:** כן/ לא _____

עצמאות תפקודית: _____ זקוק לסיוע באכילה _____ זקוק לסיוע בשתייה _____ זקוק לטיטולים : ביום /לילה _____

ניידות:	_____ הולך עצמאי	היגיינה אישית:	_____ זקוק לסיוע בשירותים
	_____ מרכיב פרוטזה		_____ זקוק לסיוע ברחצה
	_____ הולך בעזרת הליכון		_____ זקוק לסיוע בהלבשה
	_____ הולך בעזרת קביים		_____ זקוק לצנתור
	_____ זקוק לכסא גלגלים רגיל	תקשורת:	_____ מדבר עברית/שפות נוספות
	_____ זקוק לכסא גלגלים ממונע		_____ משתמש בלוח תקשורת
	_____ רוחב הכסא _____		_____ נעזר במכשיר שמיעה
	_____ משקל הכסא _____		_____ מרכיב משקפיים

האם הילד עבר אבחון באגף למוגבלות שכלית התפתחותית(שירות למפגר)? _____ מה רמת הפיגור?? קל/בינוני/קשה.

האם הילד רגיש לתרופות? אם כן, פרט: _____

האם הילד אלרגי ו/או רגיש למזון מסוים? אם כן פרט: _____

הערות כלליות: _____

שם ממלא הטופס _____ חתימת ממלא הטופס _____ תאריך: _____



אישור הורים להשתתפות בקייטנות

הרינו מביעים הסכמתנו ומאשרים את יציאת ילדנו לקייטנה והשתתפותו בפעילויות השונות, כדלקמן:

1. ידוע לנו כי התנאי להשתתפותו של ילדנו בקייטנות איל"ן בחודשים יולי-אוגוסט 2018, הינו שטופס ההרשמה על נספחיו מולא בשלמותו, נחתם כנדרש והועבר לאיל"ן, בהתאם להנחיות.
2. ידוע לנו כי איל"ן אינו אחראי לאובדן, נזק, או גניבת ציוד אישי.
3. הננו מאשרים בזה לילדנו להשתתף בכל נסיעה/ טיול המתוכנן במסגרת הקייטנות לרבות השתתפות ילדנו בפעילות מים וכן בעליה על מתקני שעשועים (לונה פארק/סופרלנד וכד').
4. הובא לידיעתנו כי בפעילויות בהן ישתתף ילדנו, ישנן כאלו אשר עלולות להיות בהן מידה מסוימת של סכנת פגיעה. מוסכם וידוע לנו, כי אנו נהיה האחראים הבלעדיים לכל אובדן ו/נזק לילדנו במקרה בו יימצא כי המידע הרפואי ו/או האחר שפורט בטופס ההרשמה על ידנו או ע"י הרופא המטפל, הינו חלקי ו/או בלתי ממצה ו/או מוטעה, לרבות לעניין הסייגים/מגבלות לחופש הפעילות של ילדנו.
5. אנו מאשרים כי כל המידע שנמסר בטופס זה הינו מלא, עדכני ונכון ליום מילוי הטופס ומתחייבים לידע את איל"ן באופן מיידי במידה ויחול שינוי כלשהו במצבו הרפואי.
6. ידוע לנו כי עלינו, ההורים/האפוטרופוס, חלה אחריות מלאה, להעביר דיווח רפואי שונה/אחר במידה וחל שינוי במצב הרפואי המפורט במסמך זה, עד 10 ימים לפני תחילת הקייטנה.
7. הננו מאשרים בזה לאיל"ן ונציגיו לצלם, להסריט או להקליט את ילדנו בפעילות ולהשתמש בחומר זה לפרסום הפעילות של איל"ן. הננו מאשרים שימוש זה מתוך הבנה שלא יהיה ניצול בלתי הולם בכל הנ"ל. הרשות ניתנת רק לאנשי איל"ן ולפועלים מטעמם בלבד, ולשימוש הנ"ל בלבד.
8. במקרה של אירוע/ מצב רפואי המחייב טיפול רפואי/כירורגי, אנו מרשים לצוות הרפואי של איל"ן להושיט את הטיפול הדרוש או לארגן עבור ילדנו טיפול זה כולל טיפול רפואי או כל טיפול אחר, אשר נדרש ומאשרים להם העברת כל מידע רפואי ו/או רלוונטי אחר כדי לאפשר טיפול מתאים בילדנו.
9. במקרה של אירוע חירום אנו מבינים שצוות איל"ן יצור אתנו קשר בהקדם האפשרי. לעניין זה ידוע לנו כי במקרה שאנו, שני ההורים/האפוטרופוס לא נהיה בביטנו במהלך תקופת הקייטנה או בחלקה, חובה עלינו להודיע מראש לנציגי איל"ן היכן ניתן לאתר אותנו.
10. אנו מקבלים על עצמנו אחריות כספית מלאה לטיפול רפואי שגרתי או חירום שנדרש בתקופת הפעילות כולל פינוי לביה"ח, הוצאות מעבדה, אשפוז, כירורגיה וכדומה בהתאם לנסיבות המקרה.
11. אנו מתירים שימוש בחומר המצ"ב ללא בעיה בשמירה על סודיות המידע.

פירוט הגבלות בפעילות

אנו חותמים על טופס זה בהביננו את תוכנו ומשמעותו:

שם ההורים/אפוטרופוס: _____

מס' ת.ז. ההורים/אפוטרופוס: _____

חתימת ההורים/אפוטרופוס: _____

תאריך: _____



3.

שם ומשפחת הילד/ה: _____ מס' ת.ז. _____ תאריך לידה: _____

רופא/ה נכבד/ה, מילוי הטופס מסייע במתן טיפול רפואי הולם במהלך הקייטנה, סיכום רפואי בלבד אינו מספק. נא מלא/י טופס זה, בנוסף יש לצרף סיכום רפואי. תודה על שיתוף הפעולה.

מידע רפואי

פרטי הרופא המטפל בקופת חולים/בית החולים:

שם הרופא: _____ קופת חולים/בית חולים: _____

מספר טל': _____ מספר פקס: _____

אבחנות:

*חובה לרשום את כל האבחנות והבעיות של הילד.

- א. _____ ד. _____
ב. _____ ה. _____
ג. _____ ו. _____

האם הילד סובל מפרכוסים

- א. סוג הפרכוס: _____
ב. טיפול בזמן פרכוס: _____

- ג. מתי מתרחש פרכוס: פעם ביום / פעם בשבוע / פעם בחודש / לעתים רחוקות

האם הילד סובל מאיחור התפתחותי (אם כן יש לרשום במפורט את סוג הבעיה)

מתי הילד קיבל בפעם האחרונה חיסון נגד טטנוס:



4.

שם ומשפחת הילד/ה: _____ מס' ת.ז. _____

המשך טופס מידע רפואי

תרופות (חובה לציין את כל התרופות שהילד לוקח כולל את אלו שהוא לוקח רק בזמן ביה"ס)
נא להעביר את התרופות בארגונית שבועית לכדורים (ניתן להשיג בבתי המרקחת)

שם התרופה:		מינון:
ערב	צהריים	בוקר

ניתוחים / אשפוזים

תאריך	סוג הניתוח/ אשפוז

בדיקה גופנית

אף:	ריאות:	עור:	ראש:	נוירולוגית:	מערכת המין:
גרון/ לוע:	בטן:	אחר:	עיניים:	בלוטות לימפה:	מחזור חודשי:
רגיש לתרופות ו/או למאכלים:		אוזניים:	לב:	גפיים:	

שם הרופא ממלא הטופס: _____ חתימה וחותמת: _____

תאריך: _____ מס' טל': _____