



# 1.

## טופס הרשמה לקייטנות איל"ן - קיץ 2018

יש למלא את כל הפרטים ולהעביר את הטפסים למרכז איל"ן (עבור קייטנות הקיץ) עד ה-30.4.18  
 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/אפוטרופוס	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? \_\_\_\_\_

### הסעות במהלך הקייטנה:

אוטובוס רגיל \_\_\_\_\_  
 הסעת מעלון \_\_\_\_\_

### דרך הגעה לקייטנה:

הסעה רגילה \_\_\_\_\_  
 הסעת מעלון \_\_\_\_\_  
 עצמאית \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

מרכיב פרוטזה \_\_\_\_\_  
 הולך בעזרת הליכון \_\_\_\_\_  
 הולך בעזרת קביים \_\_\_\_\_  
 זקוק לכסא גלגלים רגיל \_\_\_\_\_

**תקשורת:** \_\_\_\_\_ מדבר עברית/שפות נוספות \_\_\_\_\_

זקוק לכסא גלגלים ממונע \_\_\_\_\_  
 רוחב הכסא \_\_\_\_\_  
 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:
גרונ/ 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': \_\_\_\_\_