



טופס הרשמה לפעילות בתנועת הצופים העבריים בישראל (ע"ר) ואישור הורים להשתתפות בפעילות

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך מופנה לזכר ונקבה כאחד.

רקע

תנועת הצופים הינה תנועת נוער ממלכתית ציונית אשר פועלת בכל רחבי הארץ בכ-180 שבטים. התנועה הוקמה בשנת 1919 ומונה כיום כ-60,000 חניכים. התנועה מיועדת לילדים ובני נוער בכיתה ד'-יב' ופועלת בימי הפעילות השוטפים במשך השנה ובמסגרת מפעלים, טיולים ומחנות לאורך כל השנה.

הנהגה _____ שבט _____ שכבה _____

פרטים אישיים של החניך

שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר ת.ז.
תאריך לידה _____ / _____ / _____ מין ז / נ
כתובת: עיר _____ שכונה _____ רחוב _____ מספר _____ מיקוד _____
טלפון בבית _____ טלפון נייד _____ דוא"ל _____

פרטים נוספים

שם בית-הספר בו לומד החניך _____ כיתה _____ קופת-החולים בה חבר החניך _____ צמחוני כן / לא

אחים/ות

שם פרטי ומשפחה _____ שכבה _____ ת.ז. _____
שם פרטי ומשפחה _____ שכבה _____ ת.ז. _____
שם פרטי ומשפחה _____ שכבה _____ ת.ז. _____
שם פרטי ומשפחה _____ שכבה _____ ת.ז. _____

פרטי ההורים

שם האב _____ שם משפחה _____ ארץ לידה _____ שנת עלייה _____
ת.ז. _____ עבודה/ עיסוק _____ טלפון נייד _____ דוא"ל _____
באם היית חניך בעבר בתנועת הצופים, שם הנהגה _____ שם שבט _____ שנת סיום י"ב _____
האם מעוניין להתנדב לצופים כן / לא האם הנך מע"ר/ חובש/ רופא/ נושא נשק מוסמך
מידע לטובת זיהוי משתמש במערכת אינטרנטית לתשלומים:
עיר לידה _____ בית ספר יסודי בו למד האב _____ צבע אהוב _____

מאשר הפרטים הרשומים בעמוד זה:

שם ההורה _____ חתימה ההורה X _____

שם האם _____ שם משפחה _____ ארץ לידה _____ שנת עלייה _____
תז. _____ עבודה/ עיסוק _____ טלפון נייד _____ דוא"ל _____
באם היית חניכה בעבר בתנועת הצופים, שם הנהגה _____ שם שבט _____ שנת סיום י"ב _____
האם מעוניינת להתנדב לצופים כן / לא _____ האם הנך מע"ר/ חובשת/ רופאה/ נושאת נשק מוסמכת _____
מידע לטובת זיהוי משתמש במערכת אינטרנטית לתשלומים:
עיר לידה _____ בית ספר יסודי בו למדה האם _____ צבע אהוב _____

הצהרת בריאות

הנני מצהיר בזאת כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ בתי להשתתף בפעילות צופית כלשהי
2. יש לבני/ בתי מגבלה בריאותית כדלקמן:
- א. יש לבני/ בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכו') _____
אנא תאר את המגבלה _____
- ב. האם יש לבני/ בתי מגבלות רפואיות המחייבות תזונה מיוחדת כגון צליאק, רגישות ללקטוז, G6PD, אחר _____
- ג. יש לבני/ בתי אלרגיה ל _____ ובשל כך בני/ בתי נוטל/ת תרופות _____
- ד. על בני/ בתי לשאת באופן קבוע את התרופות הבאות _____
- ה. אנא ציין שם וטלפון נייד אשר ניתן לפנות בשעת מצוקה בגין מגבלות בריאותיות _____
- ו. פרטי וטל' הרופא המטפל אשר ניתן לפנות בשעת מצוקה בגין מגבלות בריאותיות _____
- באם לחניך מגבלות בריאותיות באחריות ההורה להעביר אישור רפואי עדכני בכל שנה למרכז השבט**

אישור השתתפות בפעילות מים

- בני/ בתי יודע/ת לשחות ואני מאשר לו/לה להשתתף בפעילות מים.
- בני/ בתי יודע/ת לשחות אך איני מאשר לו/לה להשתתף בפעילות מים.
- בני/ בתי אינו/ אינה יודע/ת לשחות ואיני מאשר לו/לה להשתתף בפעילות מים.
- שם ההורה _____ חתימה ההורה **X** _____

כללי

אישור השתתפות בפעילות התנועה:

בחתימה זו אני מאשר השתתפות בני / בתי להצטרף לתנועת הצופים ולהשתתף בפעילות במסגרת התנועה.
שם ההורה _____ חתימה **X** _____ תאריך _____

אישור קבלת מסרונים:

ידוע לי, כי הפרטים שנמסרו על ידי ישמשו לצורך קבלת מסרונים ועדכונים לרבות באמצעות הדואר האלקטרוני.
במידה ואינך מעוניין לקבל עדכונים כאמור אנא סמן זאת כאן
שם ההורה _____ חתימה ההורה **X** _____

אישור השתתפות במפעלים לאורך השנה באמצעות הממשק האינטרטי:

בחתימה זו אני מאשר כי באם אעשה שימוש בממשק האינטרטי של התנועה לטובת אישור הורים להשתתפות במפעלים (כגון טיולים וסמינרים), אישורי באמצעות הממשק, יהווה אישורי כאמור כאישור לכל דבר ועניין.
שם ההורה _____ חתימה **X** _____ תאריך _____