

**דרכי החזרת הטפסים הרפואיים המלאים:**

פקס: 03-9215566

מייל: [Kavlachayim@kavlachayim.co.il](mailto:Kavlachayim@kavlachayim.co.il)

לאחר השליחה יש לוודא הגעת הטפסים

בטלפון 03-9250505

1. חובה למלא את כל השאלות בטופס, שאלות שאינן נוגעות לילד יש למחוק ע"י קו.
2. הטפסים תקפים לפעילות העמותה לשנת 2024 בלבד.
3. יש להשאיר העתק של הטפסים אצלכם.

**פרטי הבוגר/ת:**

**ימולא ע"י הבוגר/ת שאפוטרופוס של עצמם**

אני בוגר/ת ותיקה/ה בעמותה משנת \_\_\_\_\_ מרחב: \_\_\_\_\_ סה"כ \_\_\_\_\_ שנים  
תעודת זהות: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מס': \_\_\_\_\_  
סוג חינוך בו למדתי: מיוחד/ רגיל  
מסגרת בה אני מועסק/ת היום: \_\_\_\_\_ שם איש קשר במסגרת: \_\_\_\_\_ טל': \_\_\_\_\_  
אימייל להודעות ועדכונים: \_\_\_\_\_

**פרטי ההורים:**

שם האב: \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_ פלאפון: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_ פלאפון: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_  
מצב משפחתי של ההורים: \_\_\_\_\_ מספר אחים במשפחה: \_\_\_\_\_ טל' לשעת חירום (חובה): \_\_\_\_\_  
הערות: \_\_\_\_\_

**יש למלא את כל השדות:**

לצורך התאמת מדריך מתאים חובה לפרט ולמלא את כל הנתונים במדויק			
תפקוד	עצמאי	עזרה חלקית	עזרה מלאה
הליכה			
ריצה			
שחיה			
הלבשה			
שירותים			
ארוחות			
מקלחת			
אחר			

- משקל הכיסא: \_\_\_\_\_ רוחב הכיסא: \_\_\_\_\_
- מידת חולצה: \_\_\_\_\_
- האם החניך לוקח קאנביס רפואי: כן / לא  
אם כן באיזה צורה? \_\_\_\_\_
- אחוזי נכות מביטוח לאומי: \_\_\_\_\_

האם את/ה?	כן	לא	פרט
משתמש/ת בכיסא גלגלים			
האם הכיסא ממונע			
האם הכיסא מתקפל			
נעזר/ת בהליכון			
נעזר/ת בקביים			
מרכיב סדים			
מרכיב/ה פרוטזה			
מרכיב/ה משקפיים			
נעזר/ת במכשיר שמיעה			
האם את/ה מתקשר / מדבר			
האם משתמש בעזרי תקשורת? אם כן פרט			
האם את/ה משתמש בטיטול			
זקוק/ה לסדין גומי			
זקוק/ה לקטטר לשתן			
במידה והינך זקוק לקטטר- האם את/ה יודע/ת לבצע בעצמך?			
זקוק/ה לחוקן?*			
במידה והינך זקוק לחוקן- האם את/ה יודע/ת לבצע בעצמך?			
זקוק/ה להאכלה תוך בטנית?			
זקוק/ה לדיאטה מיוחדת			

\*במידה וכן, את/ה מודע/ת ומאשר/ת כי במידה ואת/ה זקוק/ה לחוקן מישהו מטעמך יגיע לבצע לך החוקן



**טופס מידע רפואי 2/2**

**אם המטופל/ת סובל/ת מפרכוסים**

סוג הפרכוס: \_\_\_\_\_ טיפול בזמן פרכוס: \_\_\_\_\_  
 מתי מתרחש פרכוס: פעם ביום / פעם בשבוע / פעם בחודש / לעיתים רחוקות  
 האם היו פרכוסים בעבר? כן / לא פרט: \_\_\_\_\_

**חיסונים**

האם המטופל/ת קיבל/ה **חיסון טטנוס**? כן / לא תאריך: \_\_\_\_\_

**מצבו ההתפתחותי של המטופל/ת מבחינת מנטלית ורגשית**

- פיגור: לא/ כן -במידה וכן, מה הרמה? קל / בינוני / עמוק (נא להקיף המתאים)
- בעיית קשב וריכוז: לא / כן -במידה וכן, מה הרמה? קל / בינוני / עמוק (נא להקיף המתאים)
- אוטיזם: לא/ כן (להקיף המתאים)
- בעיות התנהגותיות: לא/ כן -במידה וכן, נא פרט: \_\_\_\_\_
- בעיות רגשיות: לא/ כן -במידה וכן, נא פרט: \_\_\_\_\_
- בעיות אחרות: לא/ כן -במידה וכן, נא פרט: \_\_\_\_\_

**ניתוחים / אשפוזים:**

סוג הניתוח/ אשפוז (באנגלית בלבד)	תאריך

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימת הרופא: \_\_\_\_\_ חותמת הרופא: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

ימולא ע"י הבוגר/ת (2 עמודים)

על כתב אחריות זה יחתום הבוגר/ת או האפוסטרופוס החוקי. בלי חתימות אלו לא יוכל/תוכל הבוגר/ת להשתתף בפעילות. האמור בכתב אחריות ושיפוי זה בלשון רבים ומכוון אף ללשון יחיד.

אני החתום מטה \_\_\_\_\_ מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:

1. ידוע לי כי מחובתי להתייצב בפני נציג רשמי של העמותה לפני כל פעילות במקום ההתכנסות כפי שנקבע מראש בזימון לפעילות.
  2. ידוע לי כי לעמותה כיסוי ביטוחי לרוב הפעילויות, לרבות ספורט אתגרי כגון: מצנחי רחיפה, ראפטינג, טיסה בשמי הארץ, כדור פורח.. אשר נשענת במקרים אלו ודומיהם על הסכמים עם הביטוחים של המפעילים.  
ידוע לי כי התנאי לכיסוי הביטוחי מותנה בהעברת מלוא הפרטים המדויקים והעדכניים על מצבי הרפואי והכללי עד לסוף שנת 2024 ובכפוף לכך.
  3. ידוע לי ומוסכם ומקובל עלי כי עמותת קו לחיים אינה אחראית לכל אובדן ו/או נזק ו/או גניבה של ציוד אישי, לרבות אן לא רק כסאות גלגלים של הילדים, ואינה נושאת בכל אחריות עליהם.
  4. אני מאשר/ת כי הובא לידיעתי סוג הפעילויות שבהן אשתתף וכי מסרתי לקו לחיים את כל המידע הרפואי והכללי הנדרש בכדי לוודא כי הפעילות תתאים לי. למען הסר ספק אני מאשר/ת כי האחריות לשלומי ובטחוני מוטלת עלי וכי בטופס זה ציינתי את כל הסייגים ו/או המגבלות שלי וברור לי כי קו לחיים תפעל בהתאם לפירוט הסייגים ו/או המגבלות כאמור. ככל שלא פירטתי את כל המידע הרפואי ו/או הכללי ובעקבות זאת נגרמה לי פגיעה כלשהי, הרי שאני נושא באחריות לכך.
  5. אני מאשר/ת בזה כי אשתתף בכל פעילויות העמותה, ובכלל זה בנסיעות וטיולים מתוכננים, אלא אם ציינתי בטופס זה בסעיף 6. ככל שיחול שינוי כלשהו אשר ימנע ממני להשתתף בפעילות כלשהי או במקרה שבו יחול שינוי אשר יאפשר לי להשתתף בפעילות אף שצוין אחרת על ידי בטופס, אעדכן את אנשי קו לחיים באופן מיידי- בכתב בלבד!
  6. הריני לאשר בזאת השתתפותי בכל פעילויות העמותה כגון: פעילויות מים, שייט, ראפטינג ורחצה, פארקי שעשועים, טיסות בשמי הארץ, פארק טרמפולינות ועוד...  
הריני לציין כי יש לי הגבלות לפעילויות הבאות :
- 
7. אני מאשר/ת כי המידע הרפואי והכללי שנמסר על ידי לעמותה בטופס זה הינו הנכון והמדויק במועד חתימתנו על כתב אחריות זה.
  8. אני מתחייב/ת בזה לדווח באופן מיידי לעמותה ולכל המאוחר 10 ימים לפני כל פעילות מתוכננת, על כל שינוי שיחול במצבי. מוסכם כי בכל מקרה שבו לא דיווחתי באופן מלא ו/או נכון על מצבי הרפואי, הרי שאין לעמותה כל אחריות ואני פוסר/ת אותה מכל אחריות בעניין זה.
  9. אני מאשר/ת העברת מידע וקשר בין העמותה לגורמי חינוך ורווחה בנוגע אל"י לצורך ההרשמה אשר יש בהם כדי לסייע ולתת ליטיפול מתאים במידת הצורך.

10. אני מאשר/ת לקו לחיים, כי במקרה שבו במהלך הפעילות, יתרחש אירוע אשר יחייב טיפול ו/או התערבות רפואית ו/או כירורגית יינתן על ידי הצוות הרפואי של המקום ו/או של קו לחיים, הטיפול הרפואי הדחוף הנדרש ו/או יאורגן על ידו מתן טיפול רפואי דחוף הנדרש לי. מוסכם כי במקרה זה צוות קו לחיים ייצור קשר באופן מיידי עם איש הקשר למצב חירום ולעדכן אותם בהתאם..
11. במידה ולא אחוש טוב במהלך הפעילות ו/או אזדקק לחיסון טטאנוס, או במידה ואזדקק לפינוי לבית חולים ו/או מרפאה, אני נותן/ת בזאת אישור לנציגי קו לחיים לפנות אותי בחזרה למקום משכני ולעדכן את אנשי הקשר שלי לחרום.
12. למען הסר ספק יובהר, כי אני אשא בכל ההוצאות שיוצאו על ידי קו לחיים למתן טיפול רפואי כאמור לעיל ו/או טיפול רפואי דחוף שיידרש בתקופת הפעילות לרבות (אך לא רק) פינוי לביה"ח, הוצאות בגין בדיקות, הוצאות בגין בדיקות מעבדה, הוצאות אשפוז וכיו"ב להן אזדקק בהתאם להמלצת רופא מטעם העמותה ו/או המלצת הצוות הרפואי של קו לחיים ואני משפה את קו לחיים בגין כל הוצאות שייגרמו לה כאמור לעיל, מיד עם דרישתה.
13. הנני מצהיר/ה בזאת כי אני יודע/ת ומכיר/ה את כל סוגי התרופות שאני צורך/ת וכי ידוע לי מה הן שעות הטיפול ודרך מתן התרופות ואני מתחייב/ת להביא לכל פעילות כמות כפולה של התרופות בקופסא מתאימה ובחלוקה לימים ושעות.
14. ידוע לי כי במידה ואזדקק לחוקן ו/או קטטר ו/או האכלה תוך בטנית ו/או כל תהליך פולשני אחר אצטרך לבצע זאת בעצמי או לדאוג למי מטעמי שיגיע לבצע את הפעילות הפולשנית. צוות קו לחיים, בכללם מתנדבים, בנות שירות ואחרים לא רשאים לבצע פעילות פולשנית.
15. אני מסכים/ה כי קו לחיים ומי מטעמה יעשו שימוש במידת הצורך בפרטים המפורטים בטופס הרפואי ובמידע שהעברתי לשם טיפול בי ואני מוותר/ת בזה על סודיות האמור, ולא תישמע מצדי כל טענה ו/או דרישה לשמירה על סודיות, ובלבד שהאמור נעשה לשם טיפול בי.
16. הנני מאשר/ת בזה לקו לחיים ולנציגיהם לצלם, להסריט ולהקליט אותי בפעילות וכן מאשר/ת לקו לחיים לעשות שימוש בצילומים וסרטי וידיאו אלה לשם עידוד פעילותה של קו לחיים. הנני מאשר/ת שימוש זה בשמי ולא תישמע על ידי כל טענה בעניין זה, ובלבד שלא יעשה שימוש בלתי הולם בנ"ל ותוך שמירה על כבודי. יובהר, כי הרשות ניתנת בזה אך ורק לאנשי קו לחיים ולפועלים מטעמם.
17. אני מסכים/ה כי במקרה של בעיית התנהגות מצדי העלולה, לדעת קו לחיים, לגרום לי נזק, למשתתפים אחרים או לאנשי הצוות, קו לחיים תהא רשאית, לפי שיקול דעתה המוחלט, להרחיק אותי מפעילות, אחת או יותר, באופן זמני או לצמיתות בהודעה שתימסר לי על כך. קו לחיים תהא רשאית להתנות את החזרה לפעילות בתנאים לפי שיקול דעתה ואני לא אבוא בכל טענה לקו לחיים במקרה של הרחקתי מפעילות כאמור.

אני מצהיר כי חתמתי על כתב זה לאחר שהבנתי את תוכנו ומשמעותו וכי אני הוא האפוסטרופוס של עצמי.

שם משפחה בוגר \_\_\_\_\_ שם פרטי בוגר \_\_\_\_\_ ת.ז. של הבוגר \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

**לפרטים נוספים, ניתן ליצור קשר בטלפונים:**

**ירושלים- 02-6483333; צפון- 04-8321504; דרום- 08-6788034; מרכז- 03-9250510**



**פרטי החניך/ה**

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_

**הורי או האפוסטרופוס החניך/ה**

שם שני ההורים: \_\_\_\_\_

שם האפוסטרופוס: \_\_\_\_\_

### **כתב הסכמה**

1. הרנינו/ו לאשר בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט ומקיף, אודות פעילות של העמותה במסגרת פעילויות קו לחיים.
2. אני/ו הח"מ \_\_\_\_\_, ת"ז \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ת"ז \_\_\_\_\_ מאשר/ת/ים לבני/בתי \_\_\_\_\_ להשתתף בכלל פעילויות קו לחיים כגון: יום כייף, מחנות, שבתות, מועדוניות, טיולים, חונכויות ועוד... אשר יתקיימו בשנת 2023.
3. אני/ו מאשר/ת/ים ומצהיר/ה/ים כי ידוע לי כי כלל הפעילויות של החניכים במסגרת העמותה מתבצעות בליווי מתנדבים מלווים של העמותה ואני/ו החתום/מה/מים מטה הוריו של \_\_\_\_\_ מתחייב/ת/ים ללמד, להנחות ולהדריך את המתנדב/ת המלווה בנוגע לתרופות שעל החניך/ה ליטול במהלך פעילותיו/ה ושהותו/ה במסגרות של העמותה לרבות הדרכה מלאה בנוגע לשעות נטילת הכדורים ואופן נטילתם.
4. הוסבר לי/נו כי ככלל, העמותה נמנעת מסיוע ועזרה בטיפולים פולשניים בחניכים ובכלל זה **ביצוע חוקן ו/או קטטר ו/או האכלה תוך בטנית וכיו"ב** (להלן - "**פעולות פולשניות**"). ככל שחניך/ה זקוק/ה לביצוע פעולות פולשניות כלשהן במהלך שהותו במסגרות של העמותה אני/ו החתום/מה/מים מטה מתחייבים לבצע זאת בעצמי/נו או באמצעות מטפלת שהוכשרה לצורך כך שיגיע בשעות וזמניים מוגדרים לביצוע פעולות פולשניות.
5. ככל שלא תהיה באפשרותנו לבצע את הפעולות הפולשניות להן זקוק החניך/ה במהלך שהותו/ה במסגרות של העמותה אבקש/נבקש ואאשר/נאשר כי המתנדב/ת המלווה של העמותה יסייע/ו בכך.



6. אני/ו מצהיר/ה/ים ומתחייב/ת/ים כי שבאחריותי/נו המלאה להדריך את מתנדב/ת מלווה או טרם היציאה לפעילות וכי ידוע לנו כי תנאי ליציאת החניך/ה לפעולות הינה הדרכה של המתנדב/ת מלווה למתן תרופות ולביצוע פעולות פולשניות תעשה קודם לכן על ידי/נו או ע"י מי מטעמי/נו וכי באחריותי/נו לפקח ולבדוק אם המתנדב/ת המלווה הודרך כראוי ע"י גורם מיומן.

7. אני/נו מצהיר/ה/ים ומאשר/ת/ים בזאת כי מלוא האחריות לעניין הדרכת המתנדבים המלווים טיב ואופן ביצוע הטיפול והסיוע, בין אם מדובר בפעולה פולשנית ובין אם עזרה בנטילת התרופות הם באחריותי/נו בלבד.

8. אני/נו מצהיר/ה/ים ומתחייב/ת/ים כי אני/נו מוותר/ת/ים על כל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה הן כלפי החניך/ה והן כלפי העמותה בנוגע לאופן הטיפול של המתנדבים המלווים בחניכים ובכלל זה מתן תרופות, ביצוע פעולות פולשניות בחניך/ה וכי מלוא הפעולות הנ"ל נעשו בהסכמה ולאחר שהתברר לי/נו מעל לכל ספק כי המתנדב/ת המלווה קיבל/ה את הדרכה ומיומן לבצע את הפעולות.

9. לראיה באתי/נו על החתום מתוך הבנת תוכנו ומשמעותו של המסמך והשכלות ההתחייבויות וההצהרות של כתב הסכמה זו.

---

חתימת שני ההורים או האפוטרופוס

---

תאריך