

דרכי החזרת הטפסים הרפואיים המלאים:

פקס: 03-9215566

מייל: 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 החניך/ה:

ימולא ע"י ההורים

האם ילדכם: חניך חדש / חניך וותיק משנת _____ מרחב: _____
תעודת זהות: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: ז / נ
תאריך לידה: _____ / _____ / _____ עיר: _____ רחוב: _____ מס': _____
סוג חינוך: מיוחד/ רגיל מוסד בו לומד היום: _____ שם המורה/ איש קשר: _____ 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			
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 החניך/כה?	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 הילד מתקשר / מדבר			
האם משתמש בעזרי תקשורת? אם כן פרט			
האם הילד משתמש בטיטול			
זקוק/ה לסדין גומי			
זקוק/ה לקטטר לשתן			
במידה והילד זקוק לקטטר- האם הילד יודע לבצע בעצמו?			
זקוק/ה לחוקן*?			
במידה והילד זקוק לחוקן- האם הילד יודע לבצע בעצמו?			
זקוק/ה להאכלה תוך בטנית?			
זקוק/ה לדיאטה מיוחדת			

*במידה והילד לא יודע לבצע בעצמו, ההורים מודעים ומאשרים כי במידה והילד יזדקק לחוקן הם יגיעו לבצע לו החוקן בעצמם או באמצעות איש מקצוע מטעמם.

ימולא על ידי הרופא המטפל (2 עמודים)

טופס מידע רפואי 1/2

רופא נכבד, העדר התייחסותך לאחד מהסעיפים תמנע מאתנו לשתפו בפעילויות העמותה.

פרטי רופא מטפל בקופת החולים/ בית החולים

שם הרופא: _____ קופת חולים: _____ טלפון: _____
 שם ביה"ח: _____ מחלקה: _____ טלפון: _____

אבחנות (יש לרשום באנגלית בלבד)

חובה לרשום את כל האבחנות והבעיות של הילד באנגלית

- _____ .1 _____ .5
- _____ .2 _____ .6
- _____ .3 _____ .7
- _____ .4 _____ .8

תרופות (חובה לציין את כל התרופות שהילד/ה לוקח/ת כולל אלו שהחניך/ה לוקח רק בזמן ביה"ס או לפי הצורך כמו משאפים או Ritalin)

שם התרופה (<u>באנגלית בלבד</u>)	מינון- בוקר	מינון- צהריים	מינון- ערב	אחר

רגישויות של החניך/ה:

_____ רגיש לתרופות: כן / לא, אם כן, אנא פרט: _____
 _____ רגיש למזון מסוים: כן / לא, אם כן, אנא פרט: _____
 _____ הערות: _____

טופס מידע רפואי 2/2

אם הילד/ה סובלת/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 הילד/ה קיבל/ה חיסון טטנוס? כן / לא תאריך: _____

מצבו ההתפתחותי של הילד/ה מבחינת מנטלית ורגשית

- פיגור: לא/ כן -במידה וכן, מה הרמה? קל / בינוני / עמוק (להקיף המתאים)
- בעיית קשב וריכוז: לא / כן -במידה וכן, מה הרמה? קל / בינוני / עמוק (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 ההורים (2 עמודים)

על כתב אחריות זה יחתמו הורי הילד/ה או האפוטרופוס החוקי. בלי חתימות אלו לא יוכל/תוכל הילד/ה להשתתף בפעילות. האמור בכתב אחריות ושיפוי זה בלשון רבים ומכוון אף ללשון יחיד.

אנו הורי הילד/ה _____ מצהירים ומתחייבים כדלקמן:

1. ידוע לנו כי מחובתנו למסור לידיי נציג רישמי של העמותה את ילדינו/ ילדתנו לפני כל פעילות. חל איסור להשאיר את ילדינו/ ילדתנו לבד במקום ההתכנסות.
 2. ידוע לנו 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 לנו כי התנאי לכיסוי הביטוחי של ילדנו/ילדתנו מותנה בהעברת מלוא הפרטים המדויקים והעדכניים על מצבו הרפואי והכללי של ילדנו / ילדתנו עד לסוף שנת 2024 ובכפוף לכך.
 3. ידוע לנו ומוסכם ומקובל עלינו כי עמותת קו לחיים אינה אחראית לכל אובדן ו/או נזק ו/או גניבה של ציוד אישי, לרבות אך לא רק כסאות גלגלים של הילדים, ואינה נושאת בכל אחריות עליהם.
 4. ידוע לנו כי במקרה שבו שני ההורים לא יהיו בארץ ולא יהיו זמינים לנציגי העמותה במהלך פעילות של ילדינו/ ילדתנו עלינו לדווח לעמותה לפני היציאה לפעילות ולצייד נציגי הארגון בפרטי איש קשר אחר (כגון: סבא, סבתא, אחים, אחיות, מטפלת) שנוכל לעמוד מולו בקשר.
 5. אנו מאשרים כי הובא לידיעתנו סוג הפעילויות שבהן ישתתף ילדנו/ילדתנו וכי נתנו לקו לחיים את כל המידע הרפואי והכללי הנדרש בכדי לוודא כי הפעילות תתאים לילדנו/ ילדתנו. למען הסר ספק אנו מאשרים כי האחריות לשלומנו ובטחונו של ילדנו / ילדתנו מוטלת עלינו וכי בטופס זה ציינו את כל הסייגים ו/או המגבלות ביחס לילדנו/ילדתנו וברור לנו כי קו לחיים תפעל בהתאם לפירוט הסייגים ו/או המגבלות כאמור. ככל שלא פירטנו את כל המידע הרפואי ו/או הכללי ביחס לילדנו / ילדתנו ובעקבות זאת נגרמה פגיעה כלשהי לילדנו, הרי שאנו נושאים באחריות לכך .
 6. אנו מאשרים בזה כי ילדנו/ילדתנו ישתתפו בכל פעילויות העמותה, ובכלל זה נסיעות וטיולים מתוכננים, אלא אם צוין בטופס זה על ידנו כי לא ישתתפו בפעילות המצוינת בסעיף 7. ככל שיחול שינוי כלשהו אשר ימנע מילדנו/ילדתנו להשתתף בפעילות כלשהי או במקרה שבו יחול שינוי אשר יאפשר לילדנו/ילדתנו להשתתף בפעילות אף שצוין אחרת על ידנו בטופס, נעדיך את אנשי קו לחיים באופן מיידי- בכתב בלבד!
 7. הרני לאשר בזאת לילדנו/ילדתנו בכל פעילויות של העמותה כגון: פעילויות מים, שייט, ראפטינג ורחצה, פארקי שעשועים, טיסות בשמי הארץ, פארק טרמפולינות ועוד...
לילדנו/ילדתנו יש הגבלות לפעילויות הבאות :
-
8. הננו מאשרים כי המידע הרפואי והכללי שנמסר על ידנו לעמותה בטופס זה ביחס לילדנו/ילדתנו הינו הנכון והמדויק במועד חתימתנו על כתב אחריות זה .
 9. אנו מתחייבים בזה לדווח באופן מיידי לעמותה ולכל המאוחר 10 ימים לפני כל פעילות מתוכננת, על כל שינוי שיחול במצבו/ה של ילדנו / ילדתנו. מוסכם כי בכל מקרה שבו לא דיווחנו באופן מלא ו/או נכון על מצבו הרפואי של ילדנו/ילדתנו, הרי שאין לעמותה כל אחריות ואנו פוטרים אותה מכל אחריות בעניין זה .
 10. אנו מאשרים העברת מידע וקשר בין העמותה לגורמי חינוך ורווחה בנוגע לילדנו / ילדתנו לצורך ההרשמה אשר יש בהם כדי לסייע ולתת טיפול מתאים בילדינו במידת הצורך.

11. אנו מאשרים לקו לחיים, כי במקרה שבו במהלך הפעילות, יתרחש אירוע אשר יחייב טיפול ו/או התערבות רפואית ו/או כירורגית ייתן על ידי הצוות הרפואי של המקום ו/או של קו לחיים, הטיפול הרפואי הדחוף הנדרש ו/או יארגן על ידו מתן טיפול רפואי דחוף הנדרש לילדנו / ילדתנו. מוסכם כי במקרה זה צוות קו לחיים ייצור עמנו קשר באופן מיידי.
12. במידה וילדנו/ילדתנו אינו/חש/ה בטוב במהלך הפעילות ו/או יזדקק לחיסון טאטנוס, צוות קו לחיים ייצור איתנו קשר ואנו נגיע לקחתו/ה הביתה במהירות האפשרית לקבלת הטיפול המתאים .
13. במידה ובמהלך פעילות בעמותה יפונה בנו/ בתנו למרפאה/בית חולים אדרש להגיע במהירות על מנת להמשיך את הטיפול בילד וההשגחה עליו.
14. למען הסר ספק יובהר, כי אנו נישא 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 יזדקקו ילדנו/ילדתנו בהתאם להמלצת רופא מטעמנו ו/או המלצת הצוות הרפואי של קו לחיים ונשפה את קו לחיים בגין כל הוצאות שייגרמו לה כאמור לעיל, מיד עם דרישתה.
15. במידה וילדנו/ ילדתנו מקבל באופן קבוע תרופות בסירופ ו/או כדורים, אנו מאשרים מתן התרופות הרשומות בטופס הרפואי העדכני ע"י מתנדב/ים מטעם העמותה לאחר הדרכת המתנדב/ים לגבי מינון, שעות ודרך מתן הטיפול התרופתי, ידוע לי כי עלי לעדכן את מנהל המרחב על כל שינוי בסוג תרופה ו/או מינון בכתב בלבד. אנו אחראים לספק כמות כפולה של תרופות למשך הפעילות ולחלק התרופות בקופסה מותאמת לפי ימים ושעות ו/או לספק התרופות באריזה המקורית .
16. במידה וילדנו/ילדתנו יזדקק לחוקן ו/או קטטר ו/או האכלה תוך בטנית ו/או כל תהליך פולשני אחר במהלך הפעילות וכי ילדנו/ילדתנו לא ידע לבצע זאת בעצמו צוות קו לחיים ייצור איתנו קשר. על ההורה לתאם הגעה לפעילויות לבצע בעצמו או באמצעות איש מקצוע מטעמם, מובהר בזאת כי צוות קו לחיים ו/או המתנדבים לא יבצעו טיפול זה.
17. אנו מסכימים כי קו לחיים ומי מטעמה יעשו שימוש במידת הצורך בפרטים המפורטים בטופס הרפואי ובמידע שהועבר על ידינו לשם טיפול בילדנו/ילדתנו ומוותרים בזה על סודיות האמור, ולא תישמע מצדנו כל טענה ו/או דרישה לשמירה על סודיות, ובלבד שהאמור נעשה לשם טיפול בילדנו/ילדתנו .
18. הננו מאשרים בזה לקו לחיים ולנציגיהם לצלם, להסריט ולהקליט את ילדנו/ילדתנו בפעילות וכן מאשרים לקו לחיים לעשות שימוש בצילומים וסרטי וידיאו אלה לשם עידוד פעילותה של קו לחיים, הננו מאשרים שימוש זה בשמנו ובשם ילדנו/ילדתנו ולא תישמע על ידינו כל טענה בעניין זה, ובלבד שלא יעשה שימוש בלתי הולם בנ"ל ותוך שמירה על כבודם של ילדנו/ילדתנו. יובהר, כי הרשות ניתנת בזה אך ורק לאנשי קו לחיים ולפועלים מטעמם.
19. אנו מסכימים כי במקרה של בעיית התנהגות של ילדנו/ילדתנו העלולה, לדעת קו לחיים, לגרום נזק לילד, לילדים אחרים או לאנשי הצוות, קו לחיים תהא רשאית, לפי שיקול דעתה המוחלט, להרחיק את ילדנו /ילדתנו מפעילות, אחת או יותר, באופן זמני או לצמיתות בהודעה שתימסר לנו על כך. קו לחיים תהא רשאית להתנות את החזרה לפעילות בתנאים לפי שיקול דעתה. אנו לא נבוא בכל טענה לקו לחיים במקרה של הרחקת ילדנו/ילדתנו מפעילות כאמור.

אנו מצהירים כי חתמנו על כתב זה לאחר שהבנו את תוכנו ומשמעותו.

שם משפחה _____ שם החניך/ה _____ שם ההורה/אפוטרופוס _____
ת.ז. הורה/אפוטרופוס _____ 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 האפוטרופוס החניך/ה

שם שני ההורים: _____

שם האפוטרופוס: _____

כתב הסכמה

1. הריני/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