

טופס רישום לשנת פעילות 2020

בתוקף עד ל- 31/12/2020

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,
2. השאלות שאינן נוגעות לילד יש למחוק ע"י קו.
3. יש להשאיר העתק של הטפסים אצלכם.

פרטי הילד/ה:

ימולא ע"י ההורים

האם ילדכם: חניך חדש / חניך וותיק משנת _____

תעודת זהות: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מין: ז / נ תאריך לידה: _____ / _____ / _____ טל' בבית: _____ נייד: _____

רחוב: _____ מס': _____ עיר: _____ מיקוד: _____

טל' לשעת חירום (חובה): _____ מידת חולצה: _____ מרחב: _____ 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: _____

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			

האם החניך/כה?	כן	לא	פרט
זקוק/ה לקטטר לשתן			
זקוק/ה לסדין גומי			
מרכיב/ה משקפיים			
נעזר/ת במכשיר שמיעה			
נעזר/ת בקביים			
נעזר/ת בהליכון			
מרכיב סדים			
מרכיב/ה פרוטזה			
זקוק/ה לדיאטה מיוחדת			
משתמש/ת בכיסא גלגלים			
האם הכיסא ממונע / לא מתקפל			
האם הילד מתקשר / מדבר			
האם הילד משתמש בטיטול			

משקל הכיסא: _____ רוחב הכיסא: _____

טופס מידע רפואי

ימולא על ידי הרופא המטפל (2 עמודים)

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

פרטי רופא מטפל בקופת החולים/ בית החולים

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

רגישויות של הילד/ה:

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

מתי הילד/ה קיבל/ה בפעם האחרונה חיסון נגד טטנוס:

תאריך: _____ הערות: _____

אבחנות (יש לרשום באנגלית בלבד)

חובה לרשום את כל האבחנות והבעיות של הילד באנגלית

א. _____ ד. _____
ב. _____ ה. _____
ג. _____ ו. _____
ז. _____ ח. _____

אם הילד/ה סובל/ת מפרכוסים

סוג הפרכוס: _____ טיפול בזמן פרכוס: _____

מתי מתרחש פרכוס: פעם ביום / פעם בשבוע / פעם בחודש / לעיתים רחוקות

האם היו פרכוסים בעבר? לא/ כן פרט: _____

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____ חותמת הרופא: _____
תאריך: _____

מצבו ההתפתחותי של הילד/ה מבחינת מנטלית ורגשית

- מתאים לגילו הכרונולוגי
- אינו מתאים לגילו הכרונולוגי
- פיגור: קל / בינוני / עמוק (לסמן המתאים)
- בעיית קשב וריכוז: קל / בינוני / עמוק (לסמן המתאים)
- אוטיזם או PDD
- בעיות התנהגותיות (נא פרט): _____
- בעיות רגשיות (נא פרט): _____
- בעיות אחרות (נא פרט): _____

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

שם התרופה (באנגלית בלבד)	בוקר	צהריים	ערב	אחר

ניתוחים / אשפוזים:

תאריך	סוג הניתוח/ אשפוז (באנגלית בלבד)

שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____ חותמת הרופא: _____
תאריך: _____

כתב אחריות ושיפוי לשנת 2020

ימולא ע"י ההורים (2 עמודים)

על כתב אחריות זה יחתמו הורי הילד/ה או האפוסטרופוס 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 לעמותה כיסוי ביטוחי לרוב הפעילויות, לרבות פעילויות מים, פרט לפעילות אתגרית 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 2020 ובכפוף לכך.
2. 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.
3. במקרה שבו שני הורי הילד/ה לא יהיו בביתם במהלך תקופת הפעילות או בחלקה, חייבים ההורים להודיע מראש לנציגי קו לחיים היכן ניתן לאתר אותם ובאיזה אופן ולתת לנציגים מספרי טלפון להתקשרות עמם.
4. אנו מאשרים כי הובא לידיעתנו סוג הפעילויות שבהן ישתתף ילדינו וכי נתנו לקו לחיים את כל המידע הרפואי והכללי הנדרש בכדי לוודא כי הפעילות תתאים לילדינו / ילדתנו. למען הסר ספק אנו מאשרים כי האחריות לשלומנו ובטחונו של ילדינו / ילדתנו מוטלת עלינו וכי בטופס זה ציינו את כל הסייגים ו/או המגבלות ביחס לילדינו וברור לנו כי קו לחיים תפעל בהתאם לפירוט הסייגים ו/או המגבלות האמור. ככל שלא פירטנו את כל המידע הרפואי ו/או הכללי ביחס לילדנו / ילדתנו ובעקבות זאת נגרמה פגיעה כלשהי לילדנו, הרי שאנו נושאים באחריות לכך.
5. הננו מאשרים כי המידע הרפואי והכללי שנמסר על ידינו לעמותה בטופס זה ביחס לילדינו הינו הנכון והמדויק במועד חתימתנו על כתב אחריות זה.
6. 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 ילדינו, הרי שאין לעמותה כל אחריות ואנו פוטרים אותה מכל אחריות בעניין זה.
7. 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.
8. אנו מאשרים בזה כי ילדינו ישתתפו בכל פעילויות העמותה, ובכלל זה נסיעות וטיולים מתוכננים, אלא אם צוין בטופס זה על ידינו או ע"י הרופא המטפל כי לא ישתתפו בפעילות המצוינת. ככל שיחול שינוי כלשהו אשר ימנע מילדינו להשתתף בפעילות כלשהי או במקרה שבו יחול שינוי אשר יאפשר לילדינו להשתתף בפעילות אף שצוין אחרת על ידינו בטופס, נעדכן את אנשי קו לחיים באופן מיידי.

9. הננו מאשרים בזה לקו לחיים ולנציגיהם לצלם, להסריט ולהקליט את ילדינו בפעילות וכן מאשרים לקו לחיים לעשות שימוש בצילומים וסרטי וידיאו אלה לשם עידוד פעילותה של קו לחיים, הננו מאשרים שימוש זה בשמנו ובשם ילדינו ולא תישמע על ילדינו כל טענה בעניין זה, ובלבד שלא יעשה שימוש בלתי הולם בנ"ל ותוך שמירה על כבודם של ילדינו. יובהר, כי הרשות ניתנת בזה אך ורק לאנשי קו לחיים ולפועלים מטעמם.

10. אנו מאשרים 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 לילדנו / ילדתנו. מוסכם כי במקרה זה צוות קו לחיים ייצור עמנו קשר באופן מיידי.

11. 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 ילדינו 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.

12. אנו מסכימים כי קו לחיים ומי מטעמה יעשו שימוש במידת הצורך בפרטים המפורטים בטופס הרפואי ובמידע שהועבר על ילדינו לשם טיפול בילדינו ומוותרים בזה על סודיות האמור, ולא תישמע מצדנו כל טענה ו/או דרישה לשמירה על סודיות, ובלבד שהאמור נעשה לשם טיפול בילדינו.

13. אישור פעילות מים- אנו מאשרים לבנו/ בתנו להשתתף פעילויות מים ורחצה במסגרת פעילות העמותה בשנת הפעילות 2020.

14. אנו מסכימים כי במקרה של בעיית התנהגות של ילדנו העלולה, לדעת קו לחיים, לגרום נזק לילד, לילדים אחרים או לאנשי הצוות, קו לחיים תהא רשאית, לפי שיקול דעתה המוחלט, להרחיק את ילדנו 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 מפעילות כאמור.

15. טטנוס. האם בנכם/ בתכם חוסנו נגד טטנוס ב 5 השנים האחרונות? כן / לא תאריך: _____
במידה ובמהלך פעילות בעמותה יפונה בנו/ בתנו למרפאה/בית חולים אדרש להגיע במהירות על מנת להמשיך את הטיפול בילד.

הגבלות פעילות:

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

שם משפחה _____ שם הילד _____ 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- 03-9250520