

בתוקף עד ל- 31/12/2022

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 2022 בלבד.
3. יש להשאיר העתק של הטפסים אצלכם.

פרטי החניך/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: _____

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: _____ מספר אחים במשפחה: _____

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

משקל הכיסא: _____ רוחב הכיסא: _____

האם יש לחניך תו ירוק: כן / לא תאריך פקיעת תוקף: _____

טופס מידע רפואי 1/2

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: _____
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 (באנגלית בלבד)	בוקר	צהריים	ערב	אחר

רגישויות של החניך/ה:

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

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

טופס מידע רפואי 2/2

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? כן / לא פרט: _____

חיסונים

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

מצבו ההתפתחותי של הילד/ה מבחינת מנטלית ורגשית

- מתאים לגילו הכרונולוגי
- אינו מתאים לגילו הכרונולוגי
- פיגור: קל / בינוני / עמוק (להקיף המתאים)
- בעיית קשב וריכוז: קל / בינוני / עמוק (להקיף המתאים)
- אוטיזם / PDD (להקיף המתאים)
- בעיות התנהגותיות (נא פרט): _____
- בעיות רגשיות (נא פרט): _____
- בעיות אחרות (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 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.
2. 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 2022 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.
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 לשלומם ובטחונם 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 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.
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 לבננו/ בתנו להשתתף פעילויות מים ורחצה במסגרת פעילות העמותה בשנת הפעילות 2022.
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. במידה וילדי/ילדתי אינו/ה חש/ה בטוב במהלך הפעילות, צוות קו לחיים ייצור איתנו קשר ואנו נגיע לקחתו/ה הביתה במהירות האפשרית.
16. במידה ובמהלך פעילות בעמותה יפונה בננו/ בתנו למרפאה/בית חולים אדרש להגיע במהירות על מנת להמשיך את הטיפול בילד וההשגחה עליו.

הגבלות פעילות:

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