



טופס רפואי

שם _____ תאריך לידה _____
גיל _____ מין _____ מס' טלפון _____
כתובת _____
מספרי טלפון לשעת חירום _____

האם הבנות שלך סבלה מאחת הבעיות המפורטות להלן: אם כן, נא לציין תאריכים ולפרט.

1. אסטמה/בעיות נשימה _____
2. מחלת לב/מום לב _____
3. התכווצויות/התעלפויות/אבוד הכרה _____
4. סכרת _____
5. הפרעה בקרישת דם/דימומים _____
6. אלרגיות _____
- * רגישות לתרופות _____
- * רגישות למזון/צמחוני _____
- * רגישות לחרקים/בעלי חיים _____
7. האם בנכם/בתכם עברה ניתוחים בעבר?
פרט _____
8. אשפוזים - האם היו אשפוזים בעבר?
פרט _____
9. תרופות - האם הוא/היא נוטלת תרופות באופן קבוע?
אם כן, פרט _____
10. מחלות ילדים בעבר, פרט _____

בטוח רפואי

שם הרופא המטפל _____
כתובת הסניף _____
חבר קופ"ח _____ טלפון _____

למלוי על-ידי הרופא : הריני מאשר שהנ"ל

ת. זהות _____
שם _____
במצב בריאות תקין וכשיר להשתתף במחנה קיץ ובפעילויות גופניות ללא הגבלה, ושכל הפרטים שמולאו לעיל נכונים.
מס' רשיון _____
שם הרופא _____

חתימה וחותמת _____



לילדי מכבי ומאוחדת

בס"ד

אנו, הורי הילד/ה _____ (שם ושם משפחה)

ת.ז. _____ מאשרים כי הנ"ל יקבל/תקבל טיפול רפואי במרפאת "מכבי" ללא

נוכחותינו, עקב שהות/ה בקייטנה בקבוץ שלוחות.

על החתום: _____ (שם ושם משפחה בכתב ברור)

_____ חתימת ההורה