

שלום וברכה הורים יקרים!

שמחים אנו לבשרכם על נופשוני הקייץ של ארגון מסוגלים. על מנת להבטיח את מקומו של ילדכם בנופשון, נפתחה השנה ההרשמה בשלב מוקדם, ויש למלא את הטפסים הבאים

עד ליום שלישי ה' תמוז תשפ"א 15/06/2021

אנא קראו בעיון את הוראות מילוי הטופס והקפידו למלא אחר הוראות אלו!

את הטופס ניתן למלא באופן מקוון (ללא צורך בהדפסתו וסריקתו) ולשולחו אלינו.

את אישור הרופא המטפל, ואת שובר התשלום יש להדפיס, ולצרף לטופס במקום המיועד לכך.

הקפידו למלא את כל השאלות בטופס, ולחתום (בחתימה דיגיטלית) במקומות המיועדים לכך.

חובה לעדכן בדוח על כל שינוי, ולצרף חתימת הורים ואישור רפואי מלא וחתום!

אופן התשלום:

ילדים המאובחנים באוטיזם ומוכרים ע"י הרווחה זכאים לימי נופשון מטעם הרווחה, יש לוודא מול העובדת סוציאלית שאכן קיים אישור ל-6 ימי נופשון ולצרף שובר חתום/אישור המחלקה לשירותים. חברתיים.

שתילים רכים 213346. אוכלוסיית יעד וסמל תעריף – מוגבלות תקשורתית סמל המסגרת: (אוטיזם) 4609

ילדים שאינם זכאים לימי נופשון, יש לדאוג לסדר את עניין התשלום בהקדם. לא נוכל לקבל ילדים אישור הרווחה או ללא הסדרת תשלום.

לתשומת ליבכם: הרישום בתוקף אך ורק לאחר הגעת הטפסים ואישור מהרווחה

פרטים סופיים על תאריך קיום הנופשון בו ישובץ ילדכם, ועל מיקומו ישלחו אליכם בהקדם.

פרטי הילד/ה הנרשם/ת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
מס' ת.ז: _____ תאריך לידה עברי _____ לועזי _____
כתובת: רחוב _____ מס' בית _____
עיר: _____
טלפון בבית: _____
כתובת דוא"ל (מייל) _____
שם האב: _____ טלפון האב: _____
שם האם: _____ טלפון האם: _____
קופ"ח בו מבוטח/ת הילד/ה: _____ שם הרופא המטפל: _____
קרובי משפחה ליצירת קשר בשעת חירום:
שם קרוב משפחה 1: _____
סוג הקירבה _____ טלפון: _____
שם קרוב משפחה 2: _____
סוג הקירבה _____ טלפון: _____
מקום לימודים של הילד/ה: שם ביה"ס: _____ ישוב ביה"ס: _____
שם המורה: _____ טלפון מורה: _____
הילד מוכר במשרד הרווחה באגף: אוטיזם / אגף אחר _____
שם עו"ס _____ טלפון עו"ס _____

יש לצרף אישור רפואי – ימולא ויחתם ע"י הרופא המטפל

יש לצרף תמונה עדכנית של הילד. צרפו התמונה

יש לצרף שובר תשלום עבור 6 ימי נופשון של משרד הרווחה: (את השובר ניתן לקבל אצל העו"ס או באגף הרווחה בעירייה) צרפו שובר

למשלמים בכרטיס אשראי/העברה בנקאית – יש ליצור קשר עם המשרד: 03-6148216

פרטים אישיים:

אבחון הילד/ה: _____
שימוש באביזרי עזר: כן / לא אם כן, פרט: _____
הילד/ה זקוק/ה לעזרה בהלבשה? כן / לא

הילד/ה זקוק/ה לטיטול?

תקשורת: רמת הדיבור של הילד: _____ שימוש בתקשורת חילופית

הבנת הוראות: _____ דרכים ליצירת קשר עם הילד/ה:

תעסוקה: פעילות אהובה על הילד/ה: _____

דברים שמפריעים לילד/ה: _____

פרס או חיזוק שהילד/ה אוהב/ת: _____

הילד/ה זקוק/ה לעזרה באכילה? כן / לא

הילד/ה זקוק/ה לעזרה בשתייה? כן / לא

מאכל אהוב: _____ משקה אהוב: _____

רגישות למזון: _____ אם כן, נא לפרט: _____

בעיות באכילה או בשתייה: _____

שעת שינה: _____ שעת קימה: _____ זקוק/ה לשנת צהריים: _____

האם יש הפרעות ובעיות בשינה? _____ ואם כן, נא לפרט: _____

סיבה להתעוררות: _____

יש לצרף אישור רופא, חתום ע"י הרופא המטפל.

קורונה: הילד/ה החלים מקורונה?

הילד/ה התחסן נגד קורונה?

נא לצרף אישור מחלים/מתחסן

תרופות: שם הילד/ה: _____

נא למלא את דו"ח התרופות בצורה מדוייקת! יש לשלוח תרופות באריזתן המקורית בלבד.

שם התרופה	מינון	אופן מתן	שעה	הערות	סיבה

האם ידועה רגישות לתרופות? אם כן, נא לפרט _____
 תרופה להורדת חום _____ תרופה נוספת להרגעה במידת הצורך: _____
 אישפוזים בחודש האחרון _____ סיבת האישפוז: _____ ביה"ח בו טופל הילד: _____

אישור השתתפות

הנני מאשר/ת את ההשתתפות של בני/ביתי בנופשון שנערך ע"י ארגון "מסוגלים"

אני הח"מ מצהיר בזה שבני/ביתי _____ חש בטוב, ואשלח אותו לנופשון כאשר ביום יציאתו הוא ללא מחלות חום ולא שהה בקרבת חולה קורונה בשבועיים שקדמו לכך. ידוע לי שארגון מסוגלים אינו אחראי למחלה כלשהי במקרה ופרצה במהלך שהותו בנופשון, ובמקרה והילד לא יחוש בטוב עלינו ההורים לדאוג לקחתו הביתה.

אני הח"מ מאשר/ת בזאת שצילום צוואר הילד תקין, והוא יכול להשתתף בנופש פעיל הכולל טרמפולינות טכד' ובשאר פעילויות הנופשון.

הריני מצהיר/ה שמסרתי כל מידע רפואי על בריאותו של הילד, ובאם חלילה יגרם אירוע רפואי חריג עקב חוסר מידע רפואי, האחריות הלאה חלה עליי.

אני הח"מ מאשר/ת לבני/בתי להשתתף בכל פעילויות הנופשון, ובכלל יציאות, נסיעות, אתרים, בריכה וכד'.

אני הח"מ מאשר לעמותת מסוגלים לצלם את פעילות הנופשון ובכלל זה את בני, ומאפשר לה להשתמש במידת הצורך בתמונות אלו לצורך יחסי ציבור וגיוס תרומות

אני הח"מ מצהיר/בזאת ששלחתי את התרופות באריזתן המקורית, ותואם לדו"ח הרפואי, ומאשר למסור לצוות המדריכים והמדריכות כל מידע רפואי רלוונטי על בני/ביתי.

שם ההורה החותם: _____ חתימת הורה: _____

במידה וישנו, שם האפוטרופוס: _____ חתימת אפוטרופוס: _____

תאריך: _____

אישור רפואי להשתתפות בנופשון "מסוגלים" קיץ תשפ"א – 2021

(למילוי וחתימה ע"י הרופא המטפל)

שם הרופא המטפל ד"ר _____ קופ"ח: _____

הילד/ה: _____ ת.ז.: _____ מועמד להשתתף
בנופשון "מסוגלים" הנערך ע"פ מס' ימים וכולל פעילות מגוונת, אטרקציות, נסיעות, ופעילות מים.
להלן הפרטים הרפואיים הידועים לי על הילד/ה הנ"ל:

אבחנה: _____

אשפוזים: מס' אשפוזים בשנה האחרונה: _____ האשפוז האחרון בתאריך: _____

סיבת האשפוז: _____

תרופות: האם הילד זקוק לטיפול תרופתי באופן קבוע? כן / לא
פרוט התרופות, אופן מתן, מינון, ושעת מתן התרופה:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

עזרים: האם הילד זקוק לעזרים ביום יום? : כן / לא

פירוט: _____

פרכוסים: האם היו / יש פרכוסים? כן / לא

מתי היה הפרכוס האחרון? _____

האם הילד/ה סובלת/מבעיות נשימה, אסטמה, וכד'?: כן / לא

דיאטה: האם הילד/ה זקוק לדיאטה מיוחדת? כן / לא

במידה וכן, איזו? _____ פעילות מעיים תקינה? כן/ לא אם לא, נא לפרט:

רגישות: האם ידועה רגישות מיוחדת לתרופות? כן / לא

האם ידועה רגישות מיוחדת למזון? כן / לא

האם יש אישו לילד להשתתף בנופשון? כן / לא

הערות: _____

חתימה וחותמת הרופא

טופס ויתור סודיות

אני החתום מטה _____ מספר זהות _____

נותן בזאת רשות לעמותת "מסוגלים" למסור לכל גורם במסגרת העמותה לרבות מדריכים/מדריכות הפועלים בהתנדבות את כל הפרטים הרפואיים אודות בני/ביתי _____, ללא יוצא מן הכלל ובכל אופן שידרש לצורך טיפול והשגחה על בני/ביתי הנ"ל.

אני משחרר את עמותת מסוגלים משמירת סודיות רפואית, וחובת ההגנה על פרטיותי בכל הנוגע למצב בריאותו או שיקומו או מחלותו או מידע כאמור ומוותר על סודיות זו כלפי העמותה, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו:

תאריך _____

שם ההורה החותם: _____

חתימה: _____

במידה והילד/ה תחת אחריות אפטרופוס:

שם האפטרופוס: _____

חתימת האפטרופוס: _____

תאריך: _____

לחתימה אפטרופוס * יש לצרף צילום של מינוי האפטרופוס.