

**טופס רישום לפעילויות "זכרון מנחם"**

תאריך: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**פרטי הילד החולה**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_ מין: ז / נ

ת.ז. (של הילד) \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ תאריך עברי \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

רח' \_\_\_\_\_ בית \_\_\_\_\_ שכונה \_\_\_\_\_ יישוב \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני \_\_\_\_\_

**פרטי הורים**

שם האב \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

**מידע על מצב בריאותי**

קופת חולים \_\_\_\_\_ בית חולים \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_

אבחנה \_\_\_\_\_ מיקום המחלה \_\_\_\_\_ תאריך אבחנה \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

מטופל בטיפול: אקטיבי / אחזקתי \_\_\_\_\_ סיום טיפול אקטיבי בתאריך \_\_\_\_\_

שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_ שם עו"ס \_\_\_\_\_

**פרטי האחים**

שם	מין	ת.ל.	מסגרת/מקום לימוד	כיתה	הגבלות בפעילות

שם ממלא הטופס: \_\_\_\_\_