

**טופס רישום ילדים לפעילויות "זכרון מנחם"**

שם משפחה \_\_\_\_\_ המטופל/ת  אב  אם

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

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

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

נייד אב \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_

נייד אם \_\_\_\_\_ מקום עבודה \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_

מטופל בבית חולים \_\_\_\_\_ מחלקה \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

אבחנה \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_

שם עו"ס \_\_\_\_\_ טל עו"ס \_\_\_\_\_

**פרטי הילדים**

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

בחתימתנו על מסמך זה הננו מאשרים בזה לילדינו הרשומים לעיל להשתתף בפעילות ב"מרכז יום" של "זכרון מנחם" הן במבנה, בחצר ובמתקנים השונים שבו, והן בפעילות מחוץ ל"מרכז יום" וכ"ז באחריותנו המלאה, ידוע לנו כי ההסעות הינן ע"י מתנדבים ואנו מאשרים זאת. אין לנו ולא תהיה לנו שום תביעה בגין כל נזק העלול להגרם לילדינו בעת הפעילות כאמור.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת האב \_\_\_\_\_  
 חתימת האם \_\_\_\_\_