

**עליכם למלא את הפרטים בטופס זה ולחתום עליו  
ללא אישור זה לא יוכל הנופס להשתתף במחנה.**

אנו חותמים על טופס זה בהביננו את תוכנו ומשמעות

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_

**פרטי דרכון בתוקף:**

לצורך רישום כרטיסי טיסה, יש למלא את השם **כפי שמופיע בדרכון באנגלית**. (אותיות דפוס)

**סוג דרכון:**  דרכון רגיל  דרכון ביומטרי  תעודת מסע  דרכון זר \_\_\_\_\_  
לידיעתכם, למי שדרכונו פג תוקף ונדרש חידוש, ניתן ורצוי לעשות דרכון ביומטרי.

**שם משפחה (באנגלית)** \_\_\_\_\_ **שם פרטי (באנגלית)** \_\_\_\_\_

**מס' דרכון** \_\_\_\_\_ **תוקף הדרכון** \_\_\_\_\_ **שמות ההורים/אפוטרופוס:** \_\_\_\_\_

ידוע לנו כי מדובר בילד עם רקע רפואי חריג ובזאת אנו מאשרים **בלא סייג, למעט את המצוינים על ידינו בטופס (שאלון לנופש), את הסכמתנו להשתתפות בננו/ביתנו על כל פעילויותיו.**

אין לנו ולא תהיינה לנו כל תביעות בגין על נזק העלול להיגרם לבנו/ביתנו בזמן השהות במחנה, **לרבות כל פעילות שתיערך במסגרתו**. ידוע לנו כי בפעילות ובמתקנים מסוימים יש מידה מסוימת של סיכון לפגיעה וברור לנו כי האחריות לשלומנו ובטחונו של הילד מוטלת עלינו בלבד.

האחריות על אובדן או נזק לרכושו של בננו/ביתנו הינה עלינו בלבד.

בחתימתנו אנו גם מאשרים כי יידענו אתכם במצבו הרפואי המעודכן **ומתחייבים להמשיך ולעדכן עד למועד הנסיעה** וכי הילד נוסע בידיעת הרופא המטפל ובאישורו.

אנו מאשרים לכם או לבא כוח **מטעמכם**, לתת כל טיפול רפואי אשר יידרש, אם יידרש לבנו/ביתנו, לפי שיקול דעת של הצוות הרפואי הנלווה למחנה בנסיעתו ובפעילויותיו, או של הצוות הרפואי במרכז הרפואי אליו יופנה. להעביר מידע רפואי בעת הצורך לפי שיקול דעתכם. כמו"כ אנו מקבלים על עצמנו אחריות שילוחית וכספית לכל טיפול שיידרש, **בחתימתנו זו אנו משחררים את צוות "זכרון מנחם" וכל הפועל בשמם מכל תביעה, דרישה או טענה מסוג כלשהו ומוותרים מראש על כל אלה, בקשר לכל טיפול רפואי, סיעודי או אחר שינתן במסגרת המחנה על כל פעילויותיו**. במקרה ותוגש תביעה כל שהיא מטעמינו או אודות בננו/בתנו נגדכם או נגד הפועלים מטעמכם, עובד/ מתנדב / נציג וידרשו להוצאה כל שהיא אנו מתחייבים לשפות אתכם ע"כ מיידית.

כמו"כ אנו מאשרים כי הכיסוי הכספי לטיפולים רפואיים בחו"ל כפוף לפוליסת הביטוח שלכם אשר נרכשה מחב' ביטוח ו/או קופת החולים או כל גורם אחר אשר אצלם אתם מבוטחים וזאת בתנאי שאשלם את מלא סכום הפוליסה מראש. אולם כל טיפול שלא יכוסה ע"י חברת הביטוח וכן את ההשתתפות העצמית, אנו מתחייבים לשלם מיד עם דרישתכם.

שם האב \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ שם האם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

**חובה לצרף צילום הדרכון בעמוד בו מופיע תמונת הנוסע/ת**

**את הטופס המלא + הדרכון ניתן לשלוח לפקס: 073-331-8059**

**או צילום ברור וקריא למייל: CAMP@ZICHRON.ORG || צאפ: 058-634-5584**