



טופס רישום מחנה קיץ שטרסבורג 2026

חובה למלא את כל הפרטים!

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תאריך לידה: ____/____/____
 תעודת זהות: _____ טל בית: _____ פקס: _____
 נייד ילד/ה _____ דואר אלקטרוני: _____
 רחוב: _____ מס': _____ כניסה: _____ קומה: _____ דירה: _____
 שכונה: _____ עיר: _____ מיקוד: _____ ת.ד.: _____
 שם האב _____ מקום עבודה _____ טל" בעבודה _____ נייד: ____/____/
 שם האם _____ מקום עבודה _____ טל" בעבודה _____ נייד: ____/____/

מידע על מצב בריאותי:

מטופל בבית"ח _____ שם הרופא המטפל _____ טל" _____ קופ"ח _____
 אבחנה _____ בתאריך _____ מיקום הגידול _____
 היקמן/פיק ליון/פורטקט כן / לא זקוק לשטיפה כן / לא מתי? _____
 מטופל בטיפול אקטיבי בכימותרפיה כן / לא עד תאריך: ____/____/____
 מטופל בטיפול ביולוגי כן / לא עד תאריך: ____/____/____ שם התרופה: _____
 טיפול אחזקתי כן / לא עד תאריך: ____/____/____
 כימותרפיה ביולוגי אנטיביוטיקה
 מטופל בהקרנות כן / לא בתאריך: ____/____/____
 השתלת מח עצם כן / לא השתחרר בתאריך ____/____/____.
 הגבלות בתנועה: כסא גלגלים כן / לא קביים כן / לא אחר _____
 הגבלות אוכל ושתייה _____ בעיות בשינה _____
 בעיות נפשיות _____ הגבלות אחרות _____
 זקוק לטיפולים/בדיקות בזמן המחנה כן / לא: פרט _____

זקוק/ה לתרופות במהלך ימי המחנה. כן / לא (הקף בעיגול)

שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____
שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____
שם התרופה _____	מינון _____	ימים בשבוע _____

חלה בעבר באבעבועות רוח: כן / לא. קיבל חיסון לאבעבועות רוח: כן / לא.

סיום טיפולים אקטיביים בתאריך ____/____/____ סיום טיפול אחזקתי בתאריך ____/____/____
 יש לצרף תמונת פנים וצילום תו נכה

מידת חולצה (גודל) _____ ברשותי חולצה של "זכרון מנחם" (ירוק) כן / לא כמות _____ סווצ'ר כן / לא

לאחר המחנה ישלח אליכם סרט המתעד את המחנה. אנו מאשרים שימוש בתצלומים וסרטים של הילד לצרכי הסברה.

סיכום מחלה עדכני (עד חודשיים לאחור) ישלח עד _____ שם עו"ס _____ טל" _____

ידוע לנו כי מדובר בילד עם רקע רפואי חריג, ובזאת הננו מאשרים את הסכמתנו להשתתפות בנו/בתנו במחנה. אין לנו ולא תהיינה לנו כל תביעות בגין כל נזק העלול להגרם לבנו/בתנו בזמן השהות במחנה. בחתימתנו אנו גם מאשרים כי יידענו אתכם במצבו הרפואי המעודכן וכי הילד נוסע בידיעת הרופא המטפל ובאישורו וע"כ חלה סודיות רפואית. אנו מאשרים לכם או לב"כ לתת טיפול רפואי נדרש לפי שיקול דעת של הצוות הרפואי הנלווה למחנה ומקבלים על עצמנו אחריות שלוחית וכספית לכל טיפול שידרש, אנו מאשרים להעביר פרטים שלו לצוותים הרפואיים שיצטרפו לטפל בו.

את הטופס המלא ניתן לשלוח לפקס: 073-331-8059

או צילום ברור וקריא למייל: CAMP@ZICHRON.ORG ווצאפ: 058-634-5584

חתימת הורים

תאריך



טופס לדרכון ולביטוח מחנה קיץ – שטרסבורג - 2026

בס"ד

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

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____ ת.ל. _____
אנו חותמים על טופס זה בהביננו את תוכנו ומשמעות

פרטי דרכון בתוקף:

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

סוג דרכון: דרכון רגיל דרכון זר _____

לידיעתכם, למי שדרכונו פג תוקף בשנת 2026 חייבים להאריך את התוקף / דרכון חדש.
נוכל לעזור בתהליך חידוש עליכם לשלוח לזכרון מנחם הודעה לוצאפ 058-6345584
לציין: שם הילד, ת.ז, עיר

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 לבננו/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 לשלומם ובטחונם של הילד מוטלת עלינו בלבד.

האחריות על אובדן או נזק לרכושם 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 לבננו/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: _____

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

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

ליאו ויסמן 10, ת.ד. 16383 ירושלים 9116301 | טל: 02-6400800

10 Leo Weisman St. P.O.B. 16383, Jerusalem 9116301 | Tel: +972-2-6400800

חובה לצרף צילום הדרכון בעמוד בו מופיע תמונת הנוסע/ת

info@zichron.org | www.zichron.org



טופס למילוי ע"י הרופא

מחנה קיץ שטרסבורג 2026

לטופס זה חובה לצרף סיכום מחלה עדכני מבית החולים

לרופא המטפל שלום, בזמן הקרוב יצא ילד בטיפולך למחנה נופש, המידע חשוב לצוות הרפואי המטפל בזמן המחנה על מנת למנוע סיבוכים בעקבות חוסר מידע מפורט מספיק. תודה על שיתוף הפעולה.

שם החולה: _____

אבחנה כולל מיקום _____ תאריך אבחנה ____/____/____

מטופל בהתאם לפרוטוקול _____

מהלך מחלה (טיפולים וסיבוכים מאז האבחנה ועד היום) _____

מטופל בטיפול ביולוגי: כן / לא עד תאריך: ____/____/____ שם התרופה: _____

בעיות ידועות, תדירות הבעיה והטיפול שלכם (פירכוסים, כאבי ראש, ניתוחים, שאנטים וכו'..)

תאריך טיפול אחרון ומה הוא כלל _____

טיפולים מתוכננים לתקופת המחנה _____

תאריך סיום טיפול אקטיבי ____/____/____ תאריך סיום טיפול אחזקתי ____/____/____
(אם עדיין לא הסתיימו תאריך משוער)

ספירת דם אחרונה בתאריך ____/____/____ WBC _____ HB _____ PLT _____ %GRN _____

ביוכמיה אם רלוונטית _____

צנתר כל שהוא כן/לא היקמן / פרוטקט / פיק ליין / אחר _____ האם יש צורך בשטיפה כן/לא

הגבלות בפעילות _____ רגישות לתרופות _____

רגישות למזון _____ אחר _____

הערות _____

הריני מאשר בזה כי _____ יכול/ה להשתתף במחנה לפי ההוראות הנ"ל.

שם הרופא _____ ביה"ח _____

טל' בבית _____ טל' בעבודה _____ נייד _____

דוא"ל _____ תאריך _____ חתימה וחותמת _____

במקרה והרופא החתום על הטופס אינו הרופא המטפל נא למלא לצורך חרום

שם הרופא המטפל _____ ביה"ח _____ טל' _____ נייד _____

את הטופס המלא ניתן לשלוח לפקס: 073-331-8059

או צילום ברור וקריא למייל: CAMP@ZICHRON.ORG וצאפ: 058-634-5584

