



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

ליאוו 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