

אנא אסרַח בהזא בן:

1. גיר מערופה לי אי עאקאט סחיה תמע אבני/אבניי מן המשרקה פי נשאאא דרור המראז התלמיה המזכורה.
2. יסאאע אבני/אבניי הסבחה במסאוי مقبول, ويسمخ لهم بالسبחה في البحر أو الحضانات, في البرك وباركات المياه في الليل والنهار (على شرط حصول الفعالية على موافقة الجهات المسؤولة).
3. يسطيع خبير اسعافات أولية مؤهل (عند الحاجة) إعطاء ابني/ابتي أدوية لا تستوجب وصفة طبيب.
4. لدى ابني/ابنتي إعاقة طبية كما هو مفصّل في التقرير الطبي المرفق:

يرفق بهذا تقرير طبي أعطي من قبل _____ لفترة _____
الاسم والعنوان في حالة التوجه _____ الهاتف _____

הריני לאשר כי קראתי את נוהל הפעילות של רשת דרור בתי חינוך והחסדרים מוסכמים עליי.

אوافق בהזא באתני קראא המלומאא חול נשאאא דרור הביוט התלמיה وأنا אوافق על כל התרביאא.

הריני לאשר כי אעזכן אתכם על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/ בתי. תלונות ופניות הורים יועברו בכתב בלבד למטה רשת דרור בתי חינוך בפקס: 03-5125155.

אوافق בהזא באתני سأعلمكم بكل تغيير في وضع ابني/ابنتي الصحي.

شكراى وتوجهات الأهل سنقدم خطبًا فقط الى مركز شبكة درور للبيوت التعليمية على الفاكس: 03-5125155.

תאריך	שם ההורה	מסית.ז.	טלפון נייד	טלפון בבית	חתימת החורה
-------	----------	---------	------------	------------	-------------

التاريخ	اسم الوالدة	رقم الهوية	الهاتف المحمول	الهاتف الارضي	توقيع الوالدة
---------	-------------	------------	----------------	---------------	---------------

מטה הרשת - טלפון: 03-5125199	פקס: 03-5125155	מייל: Misrad@dronet.org.il
מרכז השבכה: 03-5125199	פאקס: 03-5125155	פריד אלקרוני: misrad@dronet.org.il

אישור הורים לשנת הפעילות

Разрешение родителей на деятельность

להשתתפות בפעילות רשת דרור בתי חינוך בשגרה, באירוע קיץ, בחופשות ובטיולים (בישוב ומחוצה לו) והצהרת הורים על מצב בריאות ילדיהם.

Разрешение на участие в мероприятиях сети "Дрор – батеи хинух" в течение учебного года, летом, на каникулах и экскурсиях (в поселении и за его пределами), а также заявление родителей о состоянии здоровья ребенка.

אנו עושים כל שביכולתנו על מנת להעניק לילדכם את החוויה הטובה והבטוחה ביותר. לשם כך ברצוננו לקבל את אישורכם לבריאותם ולהשתתפותם של בנכם/ בתכם בפעילויות השונות.

Мы делаем все возможное, чтобы предоставить вашим детям наиболее интересные и безопасные занятия. Для этого нам необходимо получить ваше заявление о состоянии здоровья вашего сына / вашей дочери и разрешение на его/ее участие в различных мероприятиях.

				נ	ז															
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	מין	תאריך לידה	כיתה	מחוז	קן/ סניף													

			М	Ж					
Ячейка/ Филиал	Округ	Класс	Дата рождения	Пол	Уд. Личности	Имя	Фамилия		

אני מצהיר בזאת כי:

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ בתי להשתתף בפעילויות דרור בתי חינוך האמורות.
- בני/ בתי יודעים לשחות ברמה סבירה, ומאושרת להם הרחצה בים ובגנים, בברכה ובפארק מים ביום ובלילה (בתנאי שהפעילות תאושר ע"י הגורמים המוסמכים).
- חובש מוסמך רשאי (במידת הצורך) לתת לבני/ בתי תרופות שלא מחייבות במרשם רופא.
- לבני/ בתי הגבלות רפואיות כמפורט באישור הרפואי המצ"ב:

מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____

שם וכתובת לפנייה _____ טלפון _____

Я настоящим заявляю, что:

1. Мне неизвестно о медицинских ограничениях, которые могут препятствовать участию моего ребенка в мероприятиях организации "Дрор – батей хинух".
2. Мой ребенок обладает приемлемыми навыками плавания, и ему можно купаться в море, в озерах, в бассейне и в водном парке (при условии, что на эту деятельность будет получено разрешение соответствующих органов).
3. Дипломированный санитар имеет разрешение (по необходимости) давать моему ребенку безрецептурные лекарственные средства.
4. У моего ребенка имеются медицинские ограничения, как описано в приложенной справке:

Прилагается медицинская справка от: _____ На период: _____

Имя и адрес для обращения: _____ Телефон: _____

הריני לאשר כי קראתי את נוהל הפעילות של רשת דרור בתי חינוך וההסדרים מוסכמים עליי.

Я настоящим заявляю, что я прочел/-ла устав деятельности сети "Дрор – батей хинух" и соглашаюсь с его положениями.

הריני לאשר כי אעדיכן אתכם על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/ בתי. תלונות ופניות הורים יועברו בכתב בלבד למטה רשת דרור בתי חינוך בפקס: 03-5125155.

Я настоящим обязываюсь сообщать вам о любых изменениях в состоянии здоровья моего ребенка. Обращения и жалобы от родителей будут пересылаться только по факсу в центральный офис сети "Дрор – батей хинух" по номеру: 03-5125155.

חתימת ההורה

טלפון בבית

טלפון נייד

מס'ת.ז.

שם ההורה

תאריך

Дата

Имя родителя

Уд. Личности

Мобильный тел.

Домашний тел.

Подпись родителя

מייל: Misrad@dronet.org.il

פקס: 03-5125155

מטה הרשת- טלפון: 03-5125199

Главный офис сети – Тел: 03-5125199 Факс: 03-5125155 E-mail: misrad@dronet.org.il