



פעילות ילדים בחופשת קיץ תשפ"ד 2024

- הפעילות תתקיים בימים א-ה בין השעות 8:00 ל 13:00. יש להקפיד על הגעה ואיסוף בזמן.
- ההשתתפות בקייטנה תתאפשר אך ורק בנעליים סגורות ובמכנסיים ארוכים.
- אנא שילחו עם הילד/ה בקבוק מים אישי. ניתן יהיה למלא במים קרים במקום.
- חשוב לנו להדגיש כי אנו מקפידים על תרבות שיחה ולא סובלניים לכל גילוי אלימות.
- אנו פועלים בהתאם להנחיות פיקוד העורף. הילדים יתודרכו בתחילת הפעילות לגבי התנהלות בזמן חירום.

נהלי תשלום וביטול:

- לא ניתן לקבל החזר כספי בגין היעדרות מימי פעילות בודדים.
- יש להודיע על ביטול השתתפות בכתב למייל ziva@trci.org.il.
- ביטול השתתפות:
 - עד ל 14 יום לפני התחלת מחזור הקייטנה יחויב ב- 250 ש.
 - מ 14 יום ועד לסיום היום הראשון, יבוצע החזר של 35% מסכום התשלום מהמחיר המלא של הפעילות.
 - בביטול ההשתתפות מהיום השני ואילך, לא יבוצע החזר.
- ביטול פעילות הקייטנה עקב מצב בטחוני יהיה רק בהתאם להנחיות פיקוד העורף. ככל שההנחיות מאפשרות קיום קייטנה, הקייטנה תתקיים כסדרה ולא יינתן החזר בגין אי הגעה.

היעדרות בגין מחלה או פציעה:

לא תזכה בהחזר כספי אלא אם כן הוגשה בקשה בכתב, בצירוף אישור רפואי על 2 ימי מחלה רצופים לפחות, והבקשה הוגשה בתוך 5 ימים ממועד סיום הפעילות.

הפסקת פעילות:

למנהלת הפעילות שמורה הזכות ונתונה הסמכות למנוע המשך השתתפותו של משתתף/ת אשר סיבן/ה את שלומו בטחוננו ו/או סיבן את שלומם וביטחונם של המשתתפים האחרים ו/או הפר את ההוראות והנהלים המקובלים לגבי השתתפותו ו/או פגע בהנאתו של משתתף אחר בפעילות. בנסיבות אלו יחויב 70% ממחיר שבוע הפעילות.

צילום הילדים

הריני מאשר/ת לעמותה לרכיבה וכלבנות טיפולית, לעשות כל שימוש בתמונה/ות שלי ו/או של בני/בתי, לשימוש פנימי לצורכי פרסומים פנימיים של העמותה.

תאריך: _____ שם ההורה: _____ שם הילד/ה: _____

ת.ז. ההורה: _____ חתימת ההורה: _____



הצהרת בריאות

שם הילד/ה:

שם פרטי _____ שם משפחה _____

מס' ת.ז. _____ ת. לידה _____

אני מצהיר בזאת כי:

אין לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות בפעילות.

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות כדלקמן:

תיאור המגבלה: _____

מצ"ב אישור רפואי שניתן מהרופא _____ לתקופה של _____

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית כגון: (אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

מצ"ב אישור רפואי שניתן מהרופא _____ לתקופה של _____

בני/בתי מקבל/ת טיפול תרופתי קבוע:

שם התרופה: _____

אופן נטילת התרופה: _____

בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הנ"ל: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'.

נא פרטו: _____

אלרגיות ורגישות

אין לבני/לבתי אלרגיה/רגישות למזון/לתרופה

יש לבני/לבתי אלרגיה / רגישות שאינה מסכנת חיים למזון/לתרופה: _____

חובה לצרף אישור רפואי המתאר את חומרת האלרגיה / רגישות.

יש לבני / לבתי סיעת צמודה במהלך השנה במסגרות החינוך הפורמאלי (לסמן במידה וכן)

איש קשר לשעת חירום:

שם: _____ קרבה: _____ טלפון: _____

העמותה אינה מתחייבת לאפשר השתתפות של ילד/ה בכל מקרה בו היא אינה יכולה להבטיח את בריאותו.

תאריך: _____ שם ההורה: _____

ת.ז. ההורה: _____ חתימת ההורה: _____

לתשלום לחץ כאן