

הצהרת בריאות למבקש להשתתף בפעילות של שחייה טיפולית/ הידרותרפיה

מאת: הורי _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מס' ת"ז _____
תאריך לידה: _____ המין: ז/נ _____
כתובת: _____
שם האם: _____ מס' הטלפון הנייד: _____
שם האב: _____ מס' הטלפון הנייד: _____

אנו מצהירים כי לידיעתנו, ילדנו כשיר להשתתף בפעילות שחייה טיפולית/ הידרותרפיה.
כמו כן ידוע לנו כי אינו סובל מהבעיות המפורטות בהמשך המהוות מצב רפואי היכול לסכן את בריאות
הילד במהלך הטיפול.

במידה וקיימת/ות בעיה/ות כמפורט יש לסמנה/נן ב - V ולפעול באופן המפורט בהמשך מטה*:

- מחלת עור
- אלרגיות לחומרים כגון כלור
- פצעים פתוחים
- נטייה להתעלפויות
- אפילפסיה או נטייה להתכווצויות
- נזלים או דלקת כרונית באוזן התכונה או החיצונית
- לחץ דם גבוה
- אי שליטה על סוגרים
- שימוש בעדשות מגע

***לתשומת ליבכם:** במידה וילדכם סובל מאחת או יותר מהבעיות, המסומנות לעיל, כתנאי לטיפול, יש להביא
מכתב אישור מהרופא המומחה המטפל בילד (אורטופד, נירוכירורג, אנדוקרינולוג, א.א.ג, עור, נירולוג ילדים,
המטולוג, קרדיולוג, רופא עיניים או אחר- לפי המקרה) כי אין מניעה רפואית או סיכון מבחינה רפואית
בהשתתפותו בפעילות זו וינחה על מגבלות מתאימות וכללי זהירות בעת הטיפול.

חתימת ההורים

שמות ההורים

תאריך