



## טופס הצהרת בריאות

אני החתום מטה -

חובה למלא את כל השדות ולשלוח

למייל [bsade@kfar-etzion.org.il](mailto:bsade@kfar-etzion.org.il)

הרישום מותנה בטופס זה!

שם פרטי: \_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

שנת לידה \_\_\_\_\_

נרשמתי לקורס / טיול: \_\_\_\_\_

מצהיר כי אין לי מגבלה בריאותית המונעת ממני לטייל בטיול שביל ישראל של בית ספר שדה כפר.

אני מודע לכך כי הטיול כרוך בהליכה מרובה, מתווה אתגרי וטיפוסים וירידות.

אני מסכים כי במידה וישנם מגבלות בריאותיות שאיננה מדווח עליהן בית ספר שדה כפר עציון לא יישא

בשום נזק, ישיר או עקיף, שייגרם לי בשל כך.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך