



טופס הצהרת בריאות

אני החתום מטה -

חובה למלא את כל השדות ולשלוח

למייל 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.

תאריך _____ בנוסף, אני מאשר את נהלי ההרשמה והביטול. חתימה _____