



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

## בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



מאי 2022

### הצהרת הורים תלמיד לציאה למשלחת לפולין תשפ"ב

	כן /לא	ז / נ			
טלפון נייד	צמחוני	מין	שם פרטי	שם משפחה	ת. זהות
	כן /לא				
טלפון בית	שומר שבת	כיתה	מספר בית		רחוב
נייד הורה 2	שם הורה 2			נייד הורה 1	שם הורה 1

1. הנני מבקש.ת ומאשר.ת לבני/בתי להשתתף במשלחת לפולין בתאריכים 7-13.9.2022.
2. לא ידועה לי מגבלה בריאותית המונעת מבני /בתי להשתתף בפעילות לבני/בתי יש מגבלה בריאותית המפורטת במכתב הרצ"ב של רופאו המאשר את יציאתו למסע (מחקו את המיותר).
3. ידוע לי כי תנאי להשתתפותו של בני/בתי במשלחת הינו היותו מחוסן בכל החיסונים אשר מפורסמים על ידי משרד הבריאות כחיסונים לתינוקות ולילדים ראו: [רשימת חיסונים לילדים](#) וכן התחסנות בחיסונים המומלצים על ידי משרד הבריאות ליוצאים לחו"ל, שמתעדכנים מזמן לזמן ראו: [אתר משרד הבריאות](#)
4. הנני מתחייב.ת להמציא לבית הספר היה ואדרש אישורים על התחסנות בני/בתי בכל החיסונים הנדרשים, לכל המאוחר 50 ימים טרם יציאת המשלחת למסע. ידוע לי, שככל שלא אמציא את האישורים הנדרשים לא תתאפשר יציאתו/ה למסע ודמי הביטול יחולו עלינו.
5. ככל שקיימת מגבלה רפואית לחסן את בני/בתי בחיסון החצבת, או שבני /בתי אובחנו קלינית ומעבדתית שיש לו חסינות לחצבת, הריני מתחייב.ת להמציא אישור על כך של הרופא המטפל, וכן אישור כי אין מניעה שבני/בתי ישתתפו במשלחת ובכלל זה שאין בהשתתפות בכדי לסכן את פעילות המשלחת ובכלל זה שלומם ובריאותם של המשתתפים במסע.
6. אני מאשר.ת את השתתפות בני/בתי בכל פעילויות ההכנה ובכל הפעילויות במסגרת תהליך השיבה הביתה ומודע.ת לכך שאי השתתפות בפעילות ההכנה תגרור ביטול יציאת בני/בתי מהמשלחת.

ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' סמדר פינת רוקח (רוקח 118) ת"ד 10173 מיקוד 5259228, ☎ 03-6239204, פקס: 03-6239215  
אתר: <http://www.ohel-shem.com> דוא"ל: E-mail: [ohelshem@ohel-shem.com](mailto:ohelshem@ohel-shem.com)



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

## בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



7. אני מודעת. לכך שאם בני/ בתי יהיו מעורבים באירועים חריגים טרם יציאת המשלחת לחו"ל תימנע יציאתו. למסע ודמי הביטול יחולו עלינו.
8. אני מודעת. לכך שאם בני/בתי יהיו מעורבים באירוע חריג בפולין יגרור הדבר הרכקתו. מהמסע והחזרתו. לארץ באופן מידי וכל העלויות יהיו על חשבון ההורים.
9. **הגדרת אירוע חריג** (חציית "קו אדום") הגורר ביטול יציאה או החזרה לארץ: קניית ו/או אחזקת ו/או שתיית אלכוהול, הימורים, עזיבת המשלחת ללא אישור, אלימות, אי קבלת מרות או כל פעילות הנוגדת את החוק הישראלי ו/או הפולני!
10. היה ובני/ בתי יאושפזו בבית חולים בפולין מכל סיבה או יוכנסו לבידוד מעל 48 שעות אני מתחייבת. להגיע לפולין ולשהות בסמוך אליהם לפרק הזמן שיידרש והעלויות (כרטיס טיסה ושהייה) יהיו באחריותי.
11. אני מודעת. לכך שדמי הביטול היה ויידרשו מכל סיבה שהיא, יושתו עלי בהתאם לטבלת דמי הביטול, באחריותי לבקש ולעיין בטבלאות אלה (מומלץ עוד בטרם רכישת הכרטיס).

חתימת ההורים

תאריך

### הצהרת התלמיד.ה:

- אני חבר.ה במשלחת היוצאת לפולין, נפל בחלקי הכבוד לייצג את מדינת ישראל, את בית הספר ואת משפחתי.
1. אני מתחייבת. לשמור על אמות ההתנהגות המצופות ממני.
  2. אני מתחייבת. לשמור על טוהר המידות ועל ערכי המוסר.
  3. אני מתחייבת. לנהוג בנועם הליכות ולשמור על לבוש צנוע והולם.
  4. כשגריר.ה עלי לשמש מופת ודוגמה.
  5. אני מתחייבת. לשמור על החוקים וההנחיות (כולל הנחיות הקורונה) בכל עת ובכל מקום. הנני מאשר.ת שקראתי את אישור והתחייבות ההורים והבנתי את ההשלכות העלולות להיגרם היה ולא אתנהג כפי שמצופה ממני!

חתימת התלמיד.ה

תאריך

ב"ה"ס התיכון "אהל-שם" מיסודו של ד"ר א. קולר

רח' סמדר פינת רוקח (רוקח 118) ת"ד 10173 מיקוד 5259228, ☎ 03-6239204, פקס: 03-6239215  
אתר: <http://www.ohel-shem.com> דוא"ל: [ohelshem@ohel-shem.com](mailto:ohelshem@ohel-shem.com)