



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



ערכת טפסי רישום למסע לפולין – ספטמבר 2022

נא להחזיר את הטפסים מלאים וחתומים עד יום שני, 9.5.2022.

שם התלמיד.ה: _____ כיתה: _____

טפסי תשלום יש להעביר ישירות לחברת הנסיעות

משלחת "אהל-שם" לפולין תצא

מיום רביעי, י"א באלול תשפ"ב, עד יום שלישי, י"ז באלול תשפ"ב, 7-13.9.2022.

אישור הורים ליציאה למסע לפולין

1. הריני מצהיר.ה בזאת כי לבני/בתי אין בעיות בריאות מיוחדות. במידה ויש - הריני מתחייב.ת להודיע עליהן בכתב לוועדה המארגנת את המסע ולרופא המשלחת.
2. ידוע לי כי התלמידים מבוטחים ביטוח קבוצתי הכולל ביטוח רפואי, מטען וביטוח הטס רפואי לארץ, ניתן לקבל מידע על סוג הביטוח אצל סוכן הנסיעות.
3. בכל מקרה של פציעה, פגיעה צד ג', אלימות, נזק או אובדן חפצים - אחריות לפיצוי תהיה רק במסגרת הביטוח. אין בית הספר והמורים המלווים אחראים בכל צורה שהיא במקרה הנ"ל.
4. ידוע לי שמחוץ לשעות הסיורים המודרכים יטייל בני/בתי באופן חופשי ללא מלווה, אך זאת רק על פי הכללים וההוראות שנקבעו ע"י מלווי הקבוצה ובאישור משרד החינוך.
5. אני מתחייב.ת להמציא אישור רפואי מהרופא המטפל, המאשר כי מצבו הבריאותי של בני /בתי תקין וכי הוא/היא יכול/ה להשתתף במסע.

שם הורה 1: _____ חתימה: _____

שם הורה 2: _____ חתימה: _____



מכון התקנים הישראלי

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

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



כתב התחייבות

המסע לפולין הוא מסע קשה ומרגש אך שזורים בו גם רגעי הפוגה והנאה. המסע, בשונה מכל אירועי בית הספר המוכרים לכם מתקיים מחוץ לגבולות מדינת ישראל. אתם יוצאים כשליחי בית הספר וכנציגי המדינה.

כולנו שותפים ומחויבים לקיומו המשמעותי, המכובד והבטוח של המסע!

המשלחת הינה רבת משתתפים והצלחה במימוש יעדיה מותנית, בין השאר, במשמעת העצמית ובאחריות שיגלה כל אחד מחבריה.

אי לכך נדרש כל אחד מהתלמידים להתחייב על התנהגות נאותה ולחתום על מסמך התחייבות.

במהלך הנסיעה לפולין אני מתחייב.ת:

א. למלא אחר כל ההוראות וההנחיות של ראש המשלחת, צוות המורים, המדריכים וקציני הביטחון.

ב. אין לעשן סיגריות מכל סוג שהוא ואסור לשנות משקאות אלכוהוליים מכל סוג (במידת הצורך תעשה בדיקת תיקים של תלמידים).

ג. לא לצאת משטח המלון ללא אישור קצין הביטחון או ראש המשלחת.

ד. לשמור על התנהגות ראויה ותרבותית בבתי המלון: שקט במסדרונות ובחדר האוכל, לבוש מכובד, ניקיון חדרים ושמירה על הרכוש.

ה. לעמוד בלוח זמנים מדויק שנקבע ע"י ראש המשלחת.

ו. לא להחליף אוטובוסים וחדרים במלון (עפ"י הוראות הביטחון).

ידוע לי כי אי קיום ההתחייבות היא בבחינת עבירת משמעת על כל המשתמע מכך, בזמן המסע ואחריו עד הרחקה מבית הספר.

ביה"ס שומר לעצמו את הזכות להחזיר תלמיד לארץ במהלך המסע (במימון התלמיד והוריו).

במידת הצורך אני מאשר.ת לראש המשלחת וקציני הביטחון לערוך חיפוש בתיק האישי והמזוודה.

אני מאשר.ת ומקבל.ת את נוסח המכתב ומתחייב.ת לשמור על כל הנהלים הנדרשים.

שם התלמיד.ה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

קראתי ושוחחתי עם בני/בתי על כללי ההתנהגות כנדרש במסמך זה:

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____



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

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com



עיריית רמת-גן
 אגף החינוך
בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"
 יד לישראל ארצי

המסע לפולין - הצהרת בריאות וויתור על סודיות רפואית

הצהרה על מצב הבריאות של התלמיד. הניתנת בזאת באחריות ההורים נועדה להבטיח התאמת הביטוח הרפואי למצבו של הילד והיערכות וטיפול נכונים בשגרת הטיול ובמצבי חולי וחירום.

התלמיד.ה: _____

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ כיתה: _____

ת.ז: _____ תאריך לידה: _____

האם לילדך מחלה או מצב מן הבאים: נא לענות "כן" או "לא" לכל שורה באמצעות סימון X.

לא	כן	
		מגבלות בריאותיות חולפות או כרוניות המונעות ממנו/ממנה להשתתף בפעילות הנערכת במסגרת המסע לפולין
		אסטמה/ ברונכיטיס כרונית/ צפצוף בנשימה/ צפצוף בפעילות גופנית
		חסר דם / מחלת דם כרונית
		התקפות אלרגיה/ קדחת השחת/ נזלת אלרגית/ נזלת כרונית/דלקת עור אביבית
		מחלות בדרכי הנשימה (לרבות זיהומים חוזרים)
		מחלת כליות/ דרכי השתן/ זיהומים/ אבנים או "חולי"
		סכרת
		עבר של התעלפויות או איבוד הכרה
		לחץ דם גבוה
		מחלת לב / קצב לב/ קרומי הלב/ ניתוח לב
		אפילפסיה
		בעיות באוזניים לרבות בעיה של השוואת לחצים בטיסות/צלילות
		מחלות אוזניים כולל הפרעות בשווי משקל
		קלאוסטרופוביה – פחד ממקומות סגורים
		עבר של שימוש באלכוהול או סמים
		עבר של דימום או ליקויי דם אחרים
		מיגרנה
		הפרעה בבלוטות המטופלת באופן קבוע
		מחלות פרקים/ עצמות/ שרירים/ עצבים/ חולשת שרירים/ גפיים
		כאבי בטן חוזרים/ מחלת מעיים/ מחלת כיב או חיידק בקיבה (הליקובקטר פילורי)
		בעיות גב
		האם עבר.ה ניתוחים/אשפוזים? נא לפרט
		מחלות עיניים
		האם נוטלת תרופות? נא פרט
		צרבות / מחלה של הושט
		מחלת תת ספיגה במעיים (כגון: צליאק)
		מחלה פסיכיאטרית בעיה התנהגותית, רעידות, פחדים, היסטריה ואיבוד שליטה
		כוויות קור בעבר
		מחלת חוט שדרה
		רגישות לתרופות
		אלרגיה לסוגי מזון שונים? חלב, זיתים וכו' נא לפרט
		בעיות ברכיים, פריקת כתף, ברך נא לפרט



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

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
 אתר: <http://www.ohel-shem.com> דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



שימו לב!

במידה ולא קיימת בעיה בריאותית יחתמו ההורים:

א. בני/בתי אינו.ה סובל.ת ממחלה כרונית כלשהי (כגון: אסטמה, דלקות פרקים, תגובות אלרגיות לגורמים שונים).

ב. בני/בתי אינו.ה לוקח.ת תרופות באופן קבוע, אינו.ה מטופל.ת במרפאה מקצועית באופן קבוע ולא אושפז.ה בחמש השנים האחרונות.

ג. ככל הידוע לנו אין מניעה רפואית להשתתפות בננו/בתנו במסע לפולין.

חתימה ההורים: _____ תאריך: _____

במידה וקיימת בעיה בריאותית- חלק זה ימולא ע"י הרופא המטפל:

כל תלמיד.ה יעביר לבית הספר מכתב מן הרופא המטפל בו.ה.

אם התלמיד.ה נוטל.ת תרופות באופן זמני או קבוע יפרטן הרופא ויצידו.ה במרשם.

נא פרט הבאים:

1. תרופות שנוטל.ת התלמיד.ה באופן קבוע:

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____
- ד. _____

2. ניתוחים שעבר.ה התלמיד.ה ומועד ביצועם:

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____

3. רגישויות לתרופות/ מאכלים / אחר:

- א. _____
- ב. _____
- ג. _____

4. בעיות פרקים, פריקת כתף, ברכיים, קרסול וכו':

5. שלפוחית רגיזה: _____

6. מחלות ובעיות בריאות קבועות: _____

7. הערות: _____



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

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222, פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי




הנני מצהיר.ה בזאת שהפרטים אותם העברתי על מצב הבריאות של בני/ בתי _____ הינם מדויקים ומלאים ומתחייב.ת להודיע למנהל.ת המשלחת ולרופא המשלחת על כל שינוי או תוספת מידע רלוונטי בכל הקשור לבריאותו.ה:


אב / אם / אפוטרופוס (נא לסמן בעיגול)


שם: _____ ת.ז: _____

חתימה: _____ תאריך: _____

לידיעתכם:

במידת הצורך הנהלת בית הספר ואו רופא המשלחת יבקשו מסמכים רפואיים נוספים 

הנהלת בית הספר לא מתחייבת לקבל כל אישור רפואי שיחתם על ידי רופא המשפחה. 

אישור יציאה לפולין יינתן רק על ידי הנהלת בית הספר ואישור רופא המשלחת. 



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

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222 פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



אישור הורים ותלמידים לפרסום תמונות באתרי בית הספר

הורים ותלמידים יקרים,

במהלך המסע מתלווה צוות צילום שמופקד על צילום חברי המשלחת באופן מכובד.

אנו הורי התלמיד.ה. מכיתה: _____ מאשרים לפרסם את

תמונתו.ה באתרי בית הספר.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ תאריך: _____

שם התלמיד.ה: _____ חתימת התלמיד.ה: _____ תאריך: _____



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

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222 פקס: 03-6239212 דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: <http://www.ohel-shem.com>



עיריית רמת-גן

אגף החינוך

בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"

יד לישראל ארצי



אישור נסיעה בשבת

לידיעת ההורים והתלמידים,

במהלך המסע לפולין ייתכנו נסיעות במהלך השבת.

אנו מביאים זאת לידיעתכם על-מנת למנוע אי נעימויות בכל הקשור לנושא שמירת השבת.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ תאריך: _____

שם התלמיד.ה: _____ חתימת התלמיד.ה: _____ תאריך: _____



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

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222 פקס: 03-6239212
דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"
יד לישראל ארצי

שאלון היכרות לקראת המסע לפולין

תלמידים יקרים, יש למלא שאלון זה ולהגישו עם שאר המסמכים בערכה זו.

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מגדר: _____ כיתה: _____
 תאריך לידה: _____ ת.ז. _____ טלפון: _____
 שם הורה 1: _____ מס' טלפון נייד של הורה 1: _____
 שם הורה 2: _____ מס' טלפון נייד של הורה 2: _____

מדוע אתה מעוניין לתצאת למסע לפולין?

עם איזה תחושות אתה יוצאת למסע? האם יש לך התלבטויות או חששות? אנא התייחס לי לשתי נקודות משמעותיות.

באילו תחומים היית רוצה להרחיב את ידיעותיך דרך המסע? נא לציין שני נושאים לפחות.

מה ציפיותיך מהמסע? מה אינך רוצה שיקרה לך שם?

כיצד אתה יכולה לתרום למסע?



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

רח' רוקח 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, 03-6239222 פקס: 03-6239212
 דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com אתר: http://www.ohel-shem.com

מכון התקנים הישראלי



עיריית רמת-גן
 אגף החינוך
בית הספר התיכון העירוני "אהל-שם"
 יד לישראל ארצי

כל אחד מהמשתתפים במסע לוקח חלק בתפקידים שונים במסע. אנא בחר י לפחות שתיים מבין האפשרויות הבאות ונמק. י את בחירתך: תיעוד, הווי, לוגיסטיקה, כתיבת טקס, שירה, נגינה, הקראה בטקס, סיפור אישי, אחר.

האם יש לך קשר משפחתי לשואה? פרט. י.

האם כל תלמיד.ה צריך.ה לצאת למסע או שצריך להגביל במצבים שונים? פרט. י.

האם יש כתובת או אתר במהלך המסלול בה חשוב לך לבקר? פרט. י.

האם יש משהו שאת.ה רוצה לשאול או לבקש?

מה חשוב לך שמלווי הקבוצה בה תשובץ ידעו עליך?



שיהיה לנו מסע משמעותי ומוצלח
 צוות משלחת ספטמבר 2022



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

רח' רוקה 118 ת.ד. 10173 מיקוד 5259228, פקס: 03-6239212, דוא"ל: ohelshem@ohel-shem.com
 אתר: http://www.ohel-shem.com