

## טופס הזמנת פעילות חקלאית עם "ארגון השומר החדש" - "פעילות בשומר החדש"

### פרטי ההורים:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
מייל: \_\_\_\_\_

### פרטי המשתתף:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_  
גיל: \_\_\_\_\_  
מייל: \_\_\_\_\_

### תאריך הפעילות:

תאריך התחלה: \_\_\_\_\_ תאריך סיום: \_\_\_\_\_

### תנאי תשלום:

#### פעילות תלת יומית:

- העלות למשתתף היא 670 ₪ עבור אבטחה, רפואה, הדרכה, הסעות במהלך הפעילות, כלכלה מלאה 3- ארוחות, וכניסה לאתרים בתשלום.
- תנאי תשלום: התשלום הינו באשראי באמצעות לינק הרשמה לפעילות.
- הפעילות תתקיים בתנאי שיהיו 100 נרשמים למחזור.

### מדיניות ביטולים:

הערות	החזר	מועד ביטול	סיבת הביטול
	100%	עד מועד סיום ההרשמה (14 ימי עסקים לפני מועד הפעילות)	מכל סיבה
	החזר בניקוי דמי ביטול בגובה 50%	בין 14 ימי עסקים ועד 3 ימי עסקים לפני מועד הפעילות	מכל סיבה
יש לצרף אישור רפואי	90% החזר (10% דמי רישום)	עד 3 ימי עסקים לפני מועד הפעילות	מחלה / כוח עליון
יש לצרף אישור רפואי	80% החזר	מ- 3 ימי עסקים לפני מועד הפעילות ועד בוקר הטיול	מחלה/ כוח עליון
	אין החזר		עזיבה במהלך פעילות מכל סיבה שהיא ו/או ביטול מ-3 ימי עסקים לפני מועד הפעילות ועד בוקר הטיול

- על מנת לקבל החזר כספי יש לשלוח מייל למוקד התנדבות קבוצות [groups.manager@hashomer.org.il](mailto:groups.manager@hashomer.org.il)
- במידת הצורך- יש לצרף אישור רפואי. ניתן להשלים טפסים רפואיים עד 3 ימי עסקים מתאריך הפעילות.
- טפסי ביטול יתקבלו עד בוקר היציאה לפעילות. לאחר מכן, לא יתקבלו טפסי ביטול. שימו לב, הגשת בקשת ביטול חייבת לכלול את המסמכים הנדרשים (אישור רפואי וכד').
- איש הקשר לצורך בירור בנושא הביטול הינו מוקד קבוצות בלבד.

## הערות:

- תנאי להתנדבות/להשתתפות הוא רישום שמי + ת"ז של שמות המשתתפים לטובת הביטוח ותשלום.
- האחריות הביטחונית אל מקום הפעילות והחזרה ממנה חלה על המזמין בלבד בהקפדת נהלי משרד החינוך (תיאום טיולים, נשק ועזרה ראשונה)
- תנאי חובה להשתתפות בפעילות: על כל המשתתפים והצוות להגיע לפעילות כשהם לבושים בצורה המתאימה לתנאי שטח: נעליים סגורות, מכנסיים ארוכים, חולצה עם שרוולים, כובע, בקבוק מים אישי.
- ההשתתפות בפעילות מותנית בהצגת אישור הורים חתום ומודפס עבור כל משתתף מתחת לגיל 18..
- באחריות המזמין לידע את הורי המשתתפים בסעיפים הבאים:
- אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- ידוע לי כי תמונותיו של בני/בתי אפשרי שיפורסמו ברשתות החברתיות של ארגון השומר החדש או באתר האינטרנט. במידה ואני לא מסכים אעדכן ואיידע את המדריך האישי של בני/בתי ואנחה את בני/בתי לא להצטלם.
- מתנדבים/משתתפים שיצטרכו להתפנות הביתה עקב מחלה/פציעה יפוננו בתיאום עם ההורים ומועצה ובאחריות ההורים.
- הארגון אינו סבלני כלפי התנהגות שאינה הולמת לחניך/ה ולבעל/ת תפקיד כגון תופעות שתיה, עישון ואלימות מכל סוג.
- חניך/ה שיפרו את הסדר ישלחו הביתה במונית על חשבון ההורים או ע"י ההורים וכספם לא יוחזר.
- יש להימנע מלהביא ציוד יקר ערך. ציוד אישי אינו מבוטח. ציוד אבוד שימצא יישמר במשרדי הארגון למשך חודש.
- לארגון השומר החדש שמורה הזכות לבצע שינויים בלוח הפעילות, לרבות נוכח אילוצי המשימה החקלאית ו/או אילוצי מזג אוויר.

## הצהרת בריאות ואישור הורים על השתתפות בפעילות של ארגון השומר החדש

שם הפעילות: קיץ בשומר החדש

תאריכי הסבב: \_\_\_\_\_

מאת: הורי החניך/ה \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____	_____
מידת חולצה	גיל	כיתה	מס' ת"ז	השם הפרטי

תאריך הלידה: \_\_\_\_\_ המין: ז/נ  
 מועצה/ארגון/תנועה: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_  
 כתובת מגורים: \_\_\_\_\_  
 שם ההורה: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_  
 שם ההורה: \_\_\_\_\_ מס' הטלפון הנייד: \_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_  
 מס' טלפון נייד חניך/ה: \_\_\_\_\_  
 כתובת מייל הורה: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת במסגרת השומר החדש ומטעמה.
- יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות (רשימת בחירה):  
 סמן בעיגול - פעילות גופנית / טיול / עבודה פיזית חקלאית / פעילות אחרת: \_\_\_\_\_  
 תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_  
 לפיכך מצורף אישור רפואי שניתן על-ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_  
 יש לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (רשימת בחירה): (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכד').  
 לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- בני/בתי נוטלת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_
- בני/בתי סובלת/מרגישות לתרופות: לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_  
 מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון ומתאר את מהותה.  
 האישור ניתן על ידי: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_
- השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: \_\_\_\_\_
- אני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי לצוות חינוכי ו/או לצוות הבריאות בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע את ארגון השומר החדש על אודותיו: \_\_\_\_\_
- ידוע לי כי תמונתו של בני/בתי אפשרי שיפורסמו ברשתות החברתיות של ארגון השומר החדש או באתר האינטרנט. מאשר כן/לא
- על משתתפי הפעילות להגיע להתנדבות עם כובע, 3 ליטר מים ולבוש מתאים, נעלים גבוהות וסגורות ומכנסיים ארוכים
- חניכים שיצטרכו להתפנות הביתה עקב מחלה/פציעה יפונו בתיאום עם ההורים ומועצה ובאחריות ההורים.
- הארגון אינו סבלני כלפי התנהגות שאינה הולמת לחניך/ה ולבעלת תפקיד כגון תופעות שתיה אלכוהול, עישון ואלימות מכל סוג.
- חניך/ה שיפרו את הכללים ישלחו הביתה במונית על חשבון ההורים או ע"י הארגון וכספם לא יוחזר.
- יש להימנע מלהביא ציוד יקר ערך. ציוד אישי אינו מבוטח. ציוד ימצא אבוד יאסף ובסוף ההתנדבות יישמר במשרדי הארגון למשך חודש.
- רגישות למזון: (רשימת בחירה):  
 צמחוני/ טבעוני/ לקטוז צמחוני/בשרי / צליאק צמחוני/בשרי /

## הצהרת בריאות:

תאריך ..... שם ההורה ..... חתימת ההורה .....

## נספח מייל בקשת ביטול:

- שם פרטי + שם משפחה של החניך: \_\_\_\_\_
- תעודת זהות (לזיהוי פנימי בלבד) של החניך: \_\_\_\_\_
- ישוב מגורים: \_\_\_\_\_
- סיבת הגשת הביטול: \_\_\_\_\_
- פירוט סיבת הגשת הביטול: \_\_\_\_\_

- 
- מסמכים רלוונטיים - נא לצרף טפסים רפואיים במידה וסיבת הביטול הינה רפואית
  - שם ממלא הטופס: \_\_\_\_\_
  - קרבה לחניך: \_\_\_\_\_
  - טלפון נייד הורה: \_\_\_\_\_
  - מייל הורה: \_\_\_\_\_