



2017

לתלמידים והוריהם לקראת הנסיעה לפולין!

הננו להביא לידיעתכם, כי במשלחת ביה"ס לפולין תשע"ה משתתף ד"ר אריה ליפשיץ היוצא כרופא המשלחת מטעם ביה"ס.

לשם כך הנכם מתבקשים לחתום על הספח המצורף המעיד על הסכמתכם לכך שד"ר אריה ליפשיץ יטפל בבנכם/בתכם - במהלך המסע (באם יתעורר צורך).

כמו-כן הנכם מתבקשים לציין אם בנכם/בתכם סובלת/מאלרגיה כלשהי לתרופות, ולציין שם התרופה לה הם אלרגיים וכן נא לציין אם בנכם/בתכם סובלת/מבעיה רפואית כלשהי.

עליכם לפנות לרופא המשפחה על מנת שיאפשר לכם להצטייד באנטיביוטיקה ל-7 ימים למקרה שבנכם/בתכם יזדקקו לה בפולין ולהיעזר בייעוץ ובהדרכתו בנדון.

תלמידים הלוקחים תרופות כלשהן יצטיידו מראש בתרופות הנחוצות להם.

אשור

אנו החתומים מטה, הוריו של התלמיד/ה _____ מכיתה _____ נותנים את הסכמתנו לכך שד"ר אריה ליפשיץ יגיש עזרה רפואית לבני/בתי אם יזדקקו לה במהלך המסע לפולין.

1. רשימת התרופות להן רגיש בני/בתי:

1. _____
2. _____

2. בעיות רפואיות מהן סובלת בני/בתי:

1. _____
2. _____

3. סוג האנטיביוטיקה המותר לשימוש במקרה הצורך בהוראת רופא המשפחה שלכם הוא:

1. _____
2. _____

תאריך _____ חתימת הורים _____