



כתב אחריות ושיפוי לשנים 2025-2026 "עמותת שלמים"

האמור בכתב האחריות והשיפוי זה מנוסח בלשון זכר יחיד מטעמי נוחות בלבד, אך מיועד ללשון רבים לשני המינים כאחד.

יש לסמן את האופציה הנכונה עבורך ולמלא בהתאם:

אני הח"מ _____, מס' זהות _____, מצהיר ומתחייב כדלקמן:

אני הח"מ _____, מס' זהות _____ (אשר מונה ע"י בית

משפט כאפוטרופוס על _____ מס' זהות _____ להלן: "הבוגר")
מצהיר ומתחייב כדלקמן:

1. ידוע לי ומוסכם ומקובל עלי כי עמותת "שלמים" ע.ר. 580626232 (להלן: "שלמים או העמותה") אינה אחראית לכל אובדן ו/או נזק ו/או גניבה של ציוד אישי, לרבות אך לא רק כסאות גלגלים של הבוגרים, ואינה נושאת בכל אחריות עליהם.

2. ידוע לי כי כיסוי ביטוח עבורי או עבור הבוגר לפעילות העמותה מותנה בהעברת מלוא הפרטיים המדויקים והעדכניים על מצבי או מצבו הרפואי והכללי של הבוגר עד לסוף שנת 2026 ובכפוף לכך.

3. אני מאשר כי הובא לידיעתי סוג הפעילויות שבהן אשתתף או ישתתף הבוגר וכי נתתי לעמותה את כל המידע הרפואי והכללי הנדרש בטופס שמולא ע"י רופא המשפחה המטפל עבור שנים 2025-2026 (להלן: "הטפסים הרפואיים") כדי לוודא כי הפעילות תתאים לי או לבוגר. למען הסר ספק הנני מאשר כי האחריות לשלומי/ו ובטחוני/ו מוטלת עלי וכי בטפסים הרפואיים ציינו את כל הסייגים ו/או המגבלות ביחס אליי או לבוגר וברור לי כי העמותה תפעל בהתאם לפירוט הסייגים ו/או המגבלות האמור. ככל שלא וידאתי כי אכן כל המידע הרפואי ו/או הכללי ביחס אליי או לבוגר נמסר באופן מלא ובעקבות זאת נגרמה פגיעה כלשהי לי או לבוגר, הרי שאני נושא באחריות לכך.

4. אני מתחייב בזה לדווח באופן מידי לעמותה ולכל המאוחר 10 ימים לפני כל פעילות מתוכננת, על כל שינוי שיחול במצבי או במצבו של הבוגר, לאורך כל תקופת תוקף "טפסים הרפואיים", באמצעות כתובת דואר אלקטרונית או במספר הטלפון המציינים בתחתית טופס זה וכמו כן, יש לוודא את קבלת המייל או ההודעה מול נציגי העמותה. מוסכם כי בכל מקרה שבו לא דיווחתי באופן מלא ו/או נכון על מצבי או מצבו הרפואי של הבוגר, הרי שאין לעמותה כל אחריות ואני פוטר אותה מכל אחריות בעניין זה.

5. אני מאשר כי במקרה שבו במהלך הפעילות, יתרחש אירוע אשר יחייב טיפול ו/או התערבות רפואית ו/או כירורגית שאינה סובלת דיחוי, יינתן על ידי הצוות הרפואי של העמותה הטיפול הרפואי הדחוף הנדרש ו/או יאורגן על ידו מתן טיפול רפואי דחוף הנדרש עבורי או לבוגר. ולא תהיה מצדי כל טענה בנוגע לטיפול הניתן בעניין זה. מוסכם כי במקרה זה צוות העמותה ייצור עימי קשר באופן מידי במספר הטלפון לשעת חרום שנמסר במילוי הפרטים אישיים בעת הרישום לעמותה.

6. אני מסכים כי העמותה ומי מטעמה יעשו שימוש במידת הצורך במידע שהועבר ובפרטים המפורטים בטפסים הרפואיים לשם הענקת טיפול עבורי או עבור הבוגר ואני מוותר בזה על סודיות האמור, ולא תישמע מצדי כל טענה ו/או דרישה לשמירה על סודיות, ובלבד שהאמור נעשה לשם הענקת טיפול הרפואי.

7. למען הסר ספק יובהר, כי אני נושא בכל ההוצאות שיוצאו על ידי העמותה למתן טיפול רפואי כאמור לעיל ו/או טיפול רפואי דחוף שיידרש בתקופת הפעילות לרבות (אך לא רק) פינוי לביה"ח, הוצאות בגין בדיקות, הוצאות בגין בדיקות מעבדה, הוצאות אשפוז וכיו"ב להן יזדקק הבוגר בהתאם להמלצת רופא מטעמנו ו/או המלצת הצוות הרפואי של שלמים ונשפה את שלמים בגין כל הוצאות שייגרמו לה כאמור לעיל, מיד עם דרישתה תוך 10 ימים מיום הדרישה.
8. סעיף זה תקף במידה ומונה אפוטרופוס - במידה ובמהלך פעילות בעמותה יפונה למרפאה/בית חולים, אני מתחייב להגיע ללא דיחוי למרפא ה/לבית החולים.
9. סעיף זה תקף במידה ומונה אפוטרופוס - במידה והאפוטרופוס החוקי לא יהיה בביתו במהלך תקופת הפעילות או בחלקה, חייב האפוטרופוס להודיע מראש לנציגי העמותה היכן ניתן לאתר אותו ובאיזה אופן ולתת לנציגים מספרי טלפון להתקשרות עמו.
10. אני מאשר העברת מידע מגורמי חינוך ורווחה לצורך ההרשמה אשר יש בהם כדי לסייע וניתן טיפול מתאים עבורי או עבור הבוגר במידת הצורך.
11. אני מאשר בזה כי אשתתף או הבוגר ישתתף בכל פעילויות המתוכננות במסגרת פעילויות העמותה, לרבות השתתפות בפעילויות מים ורחצה, אלא אם צוין בטפסים הרפואיים כי אין אפשרות להשתתף בפעילות מסוימת. ככל שיחול שינוי כלשהו אשר ימנע ממני או מהבוגר להשתתף בפעילות כלשהי או במקרה שבו יחול שינוי אשר יאפשר לי או לבוגר להשתתף בפעילות אף שצוין אחרת בטופס הרפואי, יש לעדכן ולכלל המאוחר 10 ימים לפני כל פעילות באמצעות כתובת דואר אלקטרונית או במספר הטלפון המצוינים בתחתית טופס זה וכמו כן, יש לוודא את קבלת המייל או ההודעה מול נציגי העמותה.
12. אני מאשר בזה לשלמים ולנציגיהם לצלם, להסריט ולהקליט אותי או את הבוגר בפעילות וכן מאשר לעמותה לעשות שימוש בצילומים וסרטי וידיאו אלה לשם עידוד פעילותה של "שלמים", אני מאשר שימוש זה ולא תישמע על ידי כל טענה בעניין זה, ובלבד שלא יעשה שימוש בלתי הולם בני"ל ותוך שמירה על כבודי או כבודו של הבוגר. יובהר, כי הרשות ניתנת בזה אך ורק לאנשי העמותה ולפועלים מטעמם.

מצהיר כי חתמתי על כתב זה לאחר שהבנתי את תוכנו ומשמעותו.

שם פרטי _____ שם משפחה _____

תאריך _____ / _____ / _____ חתימה _____

**בכבוד רב,
עמותת שלמים
tfasim101@gmail.com
055-9814971**

יש לשלוח חזרה את שני דפי הטופס.