קו לחיים
תנועה חברתית
לשיפור והצלת חיים בישראל

כתב אחריות ושיפוי לשנת 2025

ימולא ע"י הבוגר/ת (3 עמודים)

על כתב אחריות זה יחתום הבוגר/ת או האפוטרופוס החוקי. בלי חתימות אלו, לא יוכל/תוכל הבוגר/ת להשתתף בפעילות. האמור בכתב אחריות ושיפוי זה בלשון רבים ומכוון אף ללשון יחיד.

אני החתום מטה _____ מצהיר/ה ומתחייב/ת כדלקמן:

א- כללי:

1. אני מאשר/ת כי הובא לידיעתי סוג הפעילויות שבהן אשתתף וכי מסרתי לקו לחיים את כל המידע הרפואי והכללי הנדרש בכדי לוודא כי הפעילות תתאים לי. למען הסר ספק אני מאשר/ת כי האחריות לשלומי ובטחוני מוטלת עלי וכי בטופס זה ציינתי את כל הסייגים ו/או המגבלות שלי וברור לי כי קו לחיים תפעל בהתאם לפירוט הסייגים ו/או המגבלות כאמור. ככל שלא פירטתי את כל המידע הרפואי ו/או הכללי ובעקבות זאת נגרמה לי פגיעה כלשהי, הרי שאני נושא באחריות לכך.
2. אני מאשר/ ת בזה כי אשתתף בכל פעילויות העמותה, ובכלל זה בנסיעות וטיולים מתוכננים, אלא אם ציינתי בטופס זה בסעיף 3. ככל שיחול שינוי כלשהו אשר ימנע ממני להשתתף בפעילות כלשהי או במקרה שבו יחול שינוי אשר יאפשר לי להשתתף בפעילות אף שצוין אחרת על ידי בטופס, אעדכן את אנשי קו לחיים באופן מיידי- בכתב בלבד!
3. הריני לאשר בזאת השתתפותי בכל פעילויות העמותה כגון: פעילויות מים, שייט, ראפטינג ורחצה, פארקי שעשועים, טיסות בשמי הארץ, פארק טרמפולינות ועוד ...

הריני לציין כי יש לי הגבלות לפעילויות הבאות:

_____

_____

4. הנני מאשר/ת בזה לקו לחיים ולנציגיהם לצלם, להסריט ולהקליט אותי בפעילות וכן מאשר/ת לקו לחיים לעשות שימוש בצילומים וסרטי וידיאו אלה לשם עידוד פעילותה של קו לחיים. הנני מאשר/ת שימוש זה בשמי ולא תישמע על ידי כל טענה בעניין זה, ובלבד שלא יעשה שימוש בלתי הולם בנ"ל ותוך שמירה על כבודי . יובהר, כי הרשות ניתנת בזה אך ורק לאנשי קו לחיים ולפועלים מטעמם.
5. ידוע לי ומוסכם ומקובל עלי כי עמותת קו לחיים אינה אחראית לכל אובדן ו/או נזק ו/או גניבה של ציוד אישי, לרבות אך לא רק כסאות גלגלים, ואינה נושאת בכל אחריות עליהם.
6. אני מאשר/ת העברת מידע וקשר בין העמותה לגורמי חינוך ורווחה בנוגע אליי לצורך ההרשמה אשר יש בהם כדי לסייע ולתת לטיפול מתאים במידת הצורך.
7. אני מסכים/ה כי קו לחיים ומי מטעמה יעשו שימוש במידת הצורך בפרטים המפורטים בטופס הרפואי ובמידע שהעברתי לשם טיפול בי ואני מוותר/ת בזה על סודיות האמור, ולא תישמע מצדי כל טענה ו/או דרישה לשמירה על סודיות, ובלבד שהאמור נעשה לשם טיפול בי.

קו לחיים
תנועה חברתית
לשיפור והצלת חיים בישראל

ב- התנהלות רפואית:

1. אני מאשר/ת כי המידע הרפואי והכללי שנמסר על ידי לעמותה בטופס זה הינו הנכון והמדויק במועד חתימתי על כתב אחריות זה.
2. אני מתחייב/ת בזה לדווח באופן מיידי לעמותה ולכל המאוחר 10 ימים לפני כל פעילות מתוכננת, על כל שינוי שיחול במצבי. מוסכם כי בכל מקרה שבו לא דיווחתי באופן מלא ו/או נכון על מצבי הרפואי, הרי שאין לעמותה כל אחריות ואני פוטר/ת אותה מכל אחריות בעניין זה.
3. אני מאשר/ת לקו לחיים, כי במקרה שבו במהלך הפעילות, יתרחש אירוע אשר יחייב טיפול ו/או התערבות רפואית ו/או כירורגית יינתן על ידי הצוות הרפואי של המקום ו/או של קו לחיים, הטיפול הרפואי הדחוף הנדרש ו/או יאורגן על ידו מתן טיפול רפואי דחוף הנדרש לי. מוסכם כי במקרה זה צוות קו לחיים ייצור קשר באופן מיידי עם איש הקשר למצב חירום ויעדכן אותם בהתאם.
4. במידה ולא אחוש טוב במהלך הפעילות ו/או אזדקק לחיסון טטנוס, או במידה ואזדקק לפינוי לבית חולים ו/או מרפאה, אני נותן/ת בזאת אישור לנציגי קו לחיים לפנות אותי בחזרה למקום משכני ולעדכן את אנשי הקשר שלי לחירום.
5. למען הסר ספק יובהר, כי אני אשא בכל ההוצאות שיוצאו על ידי קו לחיים 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 אזדקק בהתאם להמלצת רופא מטעם העמותה ו/או המלצת הצוות הרפואי של קו לחיים ואני משפה את קו לחיים בגין כל הוצאות שייגרמו לה כאמור לעיל, מיד עם דרישתה.
6. הנני מצהיר/ה בזאת כי אני יודע/ת ומכיר/ה את כל סוגי התרופות שאני צורך/ת וכי ידוע לי מה הן שעות הטיפול ודרך מתן התרופות ואני מתחייב/ת להביא לכל פעילות כמות כפולה של התרופות בקופסא מתאימה ובחלוקה לימים ושעות.
7. הוסבר לי/לנו כי ככלל, העמותה נמנעת מסיוע ועזרה בטיפולים פולשניות בחניכים ובכלל זה **<u>ביצוע חוקן ו/או קטטר ו/או האכלה תוך בטנית וכיו"ב</u>** (להלן- **"פעולות פולשניות"**). ככל שחניך/ה זקוק/ה לביצוע פעולות פולשניות כלשהן במהלך שהותו במסגרות של העמותה אני/ו החתום/מה/מים מטה מתחייבים לבצע זאת בעצמי/נו או באמצעות מטפל/ת שהוכשרה לצורך כך שיגיע בשעות וזמניים מוגדרים לביצוע פעולות פולשניות.
8. ככל שלא תהיה באפשרותנו לבצע את הפעולות הפולשניות להן זקוק החניך/ה במהלך שהותו/ה במסגרות של העמותה אבקש/נבקש ואאשר/נאשר כי המתנדב/ת המלווה של העמותה יסייע/ו בכך.

קו לחיים
תנועה חברתית
לשיפור והצלת חיים בישראל

ג- עשה ואל תעשה מול העמותה ונציגיה:

1. במקרה שבו איש הקשר למצב חירום לא ישהה בארץ ולא יהיה זמין לנציגי העמותה במהלך פעילות, חובתי לדווח לעמותה לפני היציאה לפעילות ולצייד נציגי הארגון בפרטי איש קשר אחר (כגון: סבא, סבתא, אחים, אחיות, מטפל/ת) שנוכל לעמוד מולו בקשר.
2. מובהר לי כי במידה ואני זקוק לפעולות פולשניות עליי לתאם מראש ולקבל את אישור מבצע הפעילות.
3. ידוע לי כי ככל שאבחר איש צוות שיבצע לי פעולות פולשניות, כל האחריות לפעולה מוטלת עליי.
4. **אני מסכים/ה כי במקרה של בעיית התנהגות מצידי העלולה, לדעת קו לחיים, לגרום לי נזק, למשתתפים אחרים או לאנשי הצוות, קו לחיים תהא רשאית, לפי שיקול דעתה המוחלט, להרחיק אותי מפעילות, אחת או יותר, באופן זמני או לצמיתות בהודעה שתימסר לי על כך. קו לחיים תהא רשאית להתנות את החזרה לפעילות בתנאים לפי שיקול דעתה ואני לא אבוא בכל טענה לקו לחיים במקרה של הרחקתי מפעילות כאמור.**

אני מצהיר כי חתמתי על כתב זה לאחר שהבנתי את תוכנו ומשמעותו וכי אני הוא האפוטרופוס של עצמי.

שם משפחה בוגר_____ שם פרטי בוגר_____ ת.ז. של הבוגר_____

תאריך_____ חתימה_____

לפרטים נוספים, ניתן ליצור קשר בטלפונים של מנהלי הסניפים:

ירושלים- 052-3361520; צפון -052-2861751 ; דרום- 052-4381786; מרכז- 052-3820700

<u>פרטי החניך/ה</u>

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

ת.ז: _____

<u>הורי או האפוטרופוס החניך/ה</u>

שם שני ההורים: _____

שם האפוטרופוס: _____

כתב הסכמה

1. הריני/ו לאשר בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט ומקיף, אודות פעילות של העמותה במסגרת פעילויות קו לחיים.

2. אני/ו הח"מ_____, ת"ז _____, _____, ת"ז _____ מאשר/ת/ים לבני/בתי _____ להשתתף בכלל פעילויות קו לחיים כגון: יום כייף, מחנות, שבתות, מועדוניות, טיולים, חונכויות ועוד... אשר יתקיימו בשנת 2025.

3. אני/ו מאשר/ת/ים ומצהיר/ה/ים כי ידוע לי כי כלל הפעילויות של החניכים במסגרת העמותה מתבצעות בליווי מתנדבים מלווים של העמותה ואני/ו החתום/מה/מים מטה הוריו של _____ מתחייב/ת/ים ללמד, להנחות ולהדריך את המתנדב/ת המלווה בנוגע לתרופות שעל החניך/ה ליטול במהלך פעילותיו/ה ושהותו/ה במסגרות של העמותה לרבות הדרכה מלאה בנוגע לשעות נטילת הכדורים ואופן נטילתם.

4. אני/ו מצהיר/ה/ים ומתחייב/ת/ים כי שבאחריותי/נו המלאה להדריך את מתנדב/ת מלווה או טרם היציאה לפעילות וכי ידוע לנו כי תנאי ליציאת החניך/ה לפעולות הינה הדרכה של המתנדב/ת מלווה למתן תרופות ולביצוע פעולות פולשניות תעשה קודם לכן על ידי/נו או ע"י מי מטעמי/נו וכי באחריותי/נו לפקח ולבדוק אם המתנדב/ת המלווה הודרך כראוי ע"י גורם מיומן.

5. אני/נו מצהיר/ה/ים ומאשר/ת/ים בזאת כי מלוא האחריות לעניין הדרכת המתנדבים המלווים טיב ואופן ביצוע הטיפול והסיוע, בין אם מדובר בפעולה פולשנית ובין אם עזרה בנטילת התרופות הם באחריותי/נו בלבד.

6. אני/נו מצהיר/ה/ים ומתחייב/ת/ים כי אני/נו מוותר/ת/ים על כל דרישה ו/או טענה ו/או תביעה הן כלפי החניך/ה והן כלפי העמותה בנוגע לאופן הטיפול של המתנדבים המלווים בחניכים ובכלל זה מתן תרופות, ביצוע פעולות פולשניות בחניך/ה וכי מלוא הפעולות הנ"ל נעשו בהסכמה ולאחר שהתברר לי/נו מעל לכל ספק כי המתנדב/ת המלווה קיבל/ה את הדרכה ומיומן לבצע את הפעולות.

7. לראיה באתי/נו על החתום מתוך הבנת תוכנו ומשמעותו של המסמך והשכלות ההתחייבויות וההצהרות של כתב הסכמה זו.

_____	_____	_____
תאריך		**חתימת שני ההורים או האפוטרופוס**