



**Organization of
Israel's Terror Victims
The Representative Organization**



**ארגון נפגעי
פעולות איבה
הארגון היציג**

אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג במדינת ישראל בשנת 98' לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

תאריך: _____

לכבוד

ארגון נפגעי פעולות איבה

ספח הרשמה לקייטנת סוכות – קיץ 2018

את הספח יש להעביר **עד ליום 07.09.17** לארגון נפגעי פעולות איבה- הארגון היציג בדואר לכתובת: בית אורן 9, ת"א 6731937, או בפקס: 03-6884724, או במייל: manors@irgun.org.il / moriabd@irgun.org.il

ולוודא טלפונית קבלת טופסי הרשמה.

הרשמה לאחר תאריך זה תעשה על בסיס מקום פנוי בלבד.

במידה והנך מעוניין להשתתף בקייטנת סוכות 2018 עבור ילדיך אנא מלא את כל הפרטים בספח ההרשמה, בכתב

יד ברור וקריא:

א. פרטי ההורה (חבר/חברה הארגון):

ת.ז. חבר הארגון: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

כתובת: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון בבית: _____ פקס: _____ נייד: _____

טלפון בעבודה: _____ טלפונים נוספים ליצירת קשר: _____ / _____

מייל של אחד ההורים: _____

• חבר בארגון היציג: כן / לא

ב. פרטי הילד / הילדה:

ניתן לרשום ילדים בין הגילאים 12-18.

נא מלאו שמות מדויקים בכתב יד ברור.

השמות יופיעו בתעודה ועל גבי השי כפי שנכתב בספח זה.

מס' ת.ז.: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: ז / נ

תאריך לידה לועזי: _____ תאריך לידה עברי: _____ גיל: _____

מס' ת.ז.: _____ שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין: ז / נ

תאריך לידה לועזי: _____ תאריך לידה עברי: _____ גיל: _____

* מוכן/ה לשאת דברים בטקס: כן / לא * מוכן/ה להתראיין בתקשורת בנושא האירוע: כן / לא

* יינתן סיוע בהכנת הדברים אותם יישא הנערה/ה

* דובר שפות: עברית / אנגלית / רוסית / ערבית / אחר: _____

• חבר בארגון היציג: כן / לא

ארגון נפגעי פעולות איבה הארגון היציג: רח' בית אורן 9, ת"א 6731937

Organization for Israel's Terror Victims The Representative Organization: 9 bet oren st, Tel Aviv 6731937 Israel

פקס: 03-6884724 טל: 03-6884729



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג

אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג במדינת ישראל בשנת 98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

ג. נסיבות הפגיעה:

תאריך הפגיעה: _____ מקום הפגיעה: _____

משפחה שכולה / משפחה של פצוע / נכה / יתום

קרבת הילד לנפגע: _____

נסיבות הפגיעה: _____

ד. סידורי הסעות:

נא סמנו את אזורי האיסוף להסעות בהם הנכם מעוניינים. הסידורים הסופיים יקבעו לאחר סגירת ההרשמה וישלחו אליכם עם ההזמנות לאירוע. במקרה של איסוף מלווים מנקודות שונות, יש לסמן את כל אזורי האיסוף ומספר האנשים לאיסוף בכל אזור.

*הגעה באמצעות סידורי הסעות (מומלץ): כן / לא

אזורי איסוף לתכנון סידורי הסעות: (נא סמנו את אזור האיסוף המועדף עליכם):

צפת / חיפה / ירושלים / באר שבע / תל אביב / חדרה

ה. הערות ומגבלות:

נא ציינו מגבלות מיוחדות (כגון ניידות) של הילד/ה או המלווים שעלינו לקחת בחשבון בתכנון האירוע והערות נוספות אם קיימות: _____

- חשוב ביותר: לתשומת לבכם נכים בעלי מגבלות לעבור בשער הביקורת המגנטי ("מגנומטר") / או בעלי מגבלה רפואית אחרת מתבקשים לכתוב זאת בדף ההרשמה ולציין זאת בפני האחראים ביום האירוע.
- נא לא לשכוח להביא תעודת זהות ביום האירוע (אשר תכלול את כל המשתתפים).
- לידיעתכם, האירוע יצולם ויפורסם על ידי הארגון היציג.
- שם ומשפחה _____ חתימה _____

לידיעתכם, פרטיכם נשמרים בסודיות.



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג

אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג במדינת ישראל בשנת '98 לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

מעוניינים להצטרף לקייטנת סוכות?

נא מלאו את השאלון המצורף

שאלון הורים קייטנת סוכות – קיץ 2018

במידה ובנך/בתך עומדת/ בקריטריון הגיל המחייב, הנכם מוזמנים למלא את השאלון המצורף על מנת להגיש את מועמדותו/ה של בנך/בתך לקייטנת סוכות בקיץ 2018.

פרטי הילד/ה –

1. ילד/ילדה (נא להקיף בעיגול)
2. שם משפחה : בעברית _____ בלועזית _____
3. שם פרטי : בעברית _____ בלועזית _____
4. תאריך לידה _____
5. מספר תעודת זהות _____
6. כתובת _____
7. טלפון בבית _____ (עיר) _____ (רחוב) _____ (מספר בית) _____ (מיקוד) _____
8. טלפון הורים – אב _____ אם _____
9. כתובת מייל – אב _____ אם _____
10. לצורך היערכות רפואית, נא ציין האם יש סוגיות בריאות שחשוב שנכיר (מחלות ורגישויות)

תרופה נדרשת	סוגיה רפואית

• במידה וקיימת סוגיה רפואית נדרש לצרף אישור רופא להשתתפות במחנה.

11. נא ציינו את התחביבים ופעילויות הספורט והפנאי של ילדכם/תכם :



**Organization of
Israel's Terror Victims**
The Representative Organization



**ארגון נפגעי
פעולות איבה**
הארגון היציג

אתר אינטרנט: www.irgun.org.il ע"ר 7-045-006-58 דואר אלקטרוני: irgun@irgun.org.il

הארגון הוכרז כארגון היציג במדינת ישראל בשנת 98' לפי חוק תגמולים לנפגעי פעולות איבה התש"ל - 1970

12. האם הילד/ה שומרים שבת? כן/לא

13. האם הילד/ה מקפידים על אכילת אוכל כשר בלבד? כן/לא

14. אנו משתייכים לארגון (נא הקף בעיגול) נכי צה"ל/ארגון נפגעי פעולות איבה/ אחר _____

15. האם ילד/ה נוספים ממשפחתכם יצאו בעבר לקייטנה זו בקנדה? כן/לא

במידה וכן – שם הילד/ה _____ קרבה _____

בשנה _____ למחנה _____

16. ידוע לי כי במילוי שאלון זה אין משום התחייבות מצד מארגני הקייטנה לשתף את הילד/ה בקייטנה.

17. ידוע לי כי במילוי שאלון זה יש משום התחייבות לאמיתות הנתונים והתחייבות מצדי לעמוד בכל הדרישות.

חתימה

שמות ההורים

תאריך

• נא להוסיף צילום ת.ז. בצירוף ספח

יש למלא את כל הטפסים באופן מלא, עם הפרטים הנכונים, לחתום עליהם ולשלוח אותם אלינו חזרה.

ניתן לשלוח חזרה את הטפסים המלאים, באחת מהדרכים הבאות: לפקס מס' 03-6884724

בדוא"ל manors@irgun.org.il / moriabd@irgun.org.il לא יאוחר מתאריך 07.09.17.

ארגון נפגעי פעולות איבה הארגון היציג: רח' בית אורן 9, ת"א 6731937

Organization for Israel's Terror Victims The Representative Organization: 9 bet oren st, Tel Aviv 6731937 Israel

פקס: 03-6884724 טל': 03-6884729