

מידע רפואי של קטין/ה

Medical Information of a Minor

submitted on

שניתנה ביום

This information is submitted by the minor's:

המידע נמסר על ידי:

☐ father ☐ mother ☐ parents ☐ legal guardians

☐ אבא ☐ אמא ☐ הורים ☐ אפוטרופוסים

Submitted By

מוסר המידע

| שם<br>Name | מספר זהות<br>I.D. No. | טלפון<br>Phone | כתובת<br>Address | דואר אלקטרוני<br>Email |
|------------|-----------------------|----------------|------------------|------------------------|
|            |                       |                |                  |                        |
|            |                       |                |                  |                        |

The Minor

הקטין/ה

| שם הקטין/ה<br>Minor Name | מספר זהות<br>I.D. No. | מספר דרכון<br>Passport No. | תאריך לידה<br>Date of Birth | טלפון<br>Phone | דואר אלקטרוני<br>Email |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------|
|                          |                       |                            |                             |                |                        |
|                          |                       |                            |                             |                |                        |

Medical Information

מידע רפואי

| אלרגיה / מחלה<br>Allergies / Illness | תסמינים<br>Symptoms | טיפול ותרופות<br>Treatment and Medication |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|
|                                      |                     |                                           |
|                                      |                     |                                           |
|                                      |                     |                                           |
|                                      |                     |                                           |

Emergency Contact

איש קשר לשעת חירום

| שם<br>Name | קרבה<br>Relation | טלפון<br>Phone | קופת חולים / ביטוח<br>HMO / Insurance |
|------------|------------------|----------------|---------------------------------------|
|            |                  |                |                                       |
|            |                  |                |                                       |

הטופס נועד למסירת מידע רפואי למלווה ולרשויות בעת הצורך, ואינו תחליף לייעוץ רפואי.

This form is intended to convey medical information to the escort and to the authorities if needed, and is not a substitute for medical advice.

Name and Signature

שם וחתימה

Name and Signature

שם וחתימה