**ייפוי כוח**

אנו החתומים מטה (שם ההורה + מספר תעודת זהות + כתובת) מייפים את כוחו של הצוות הרפואי במוסד החינוכי (שמות מדויקים של אנשי הצוות הרפואי במוסד החינוכי או הצוות הרפואי ושם המוסד החינוכי) להעניק לבננו/ בתנו (שמו/ שמה של התלמיד/ה + מספר תעודת זהות) טיפול תרופתי במוסד החינוכי (שם המוסד החינוך + כתובת) על פי ההנחיות הרפואיות שבמסמך הרופא (מצורף בזאת מסמך הרופא).

במצב חירום, אמצעי התקשורת יהיו כדלקמן:

מספר הטלפון הסלולארי של שני ההורים

מספר הטלפון בעבודה של שני ההורים

ניתן להוסיף מספרים נוספים של בני משפחה

ולראיה באנו על החתום:

תאריך +חתימה של שני ההורים