

## הצהרה רפואית

### חלק א' – למילוי ע"י הרופא המטפל

אני החתום מטה ד"ר \_\_\_\_\_  
העובד \_\_\_\_\_ (כתובת פרטית או כתובת המוסד)  
מאשר בזה כי אני מכיר את מר/גברת \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
שכתובתו/ה היא \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_  
ולפי מיטב ידיעתי, ולאחר ששאלתי/ה על מצב בריאותו/ה, מחלותיו/ה וליקוייו הגופניים בעבר ובהווה,  
ולפי הבדיקות שערכתי, מצבו/ה הרפואי הוא כדלקמן:

שיקוף ריאות \_\_\_\_\_  
בדיקת שתן כללית \_\_\_\_\_  
בדיקת מיתרי הקול, כלי הדיבור והשמיעה \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

בדיקות לפי שיפוט הרופא \_\_\_\_\_  
אני מאשר כי אין במצבו/ה הגופני והנפשי דבר העלול למנוע ממנו/ה ללמוד במוסד להכשרת מדריכי  
טיולים או לעסוק בהדרכת טיולים במערכת החינוך.

המקום \_\_\_\_\_ החתימה \_\_\_\_\_  
תאריך \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

### חלק ב' - למילוי על ידי המועמד לקורס הדרכת טיולים במערכת החינוך

אני החתום מטה (שם המועמד) \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
שכתובתו/ה היא \_\_\_\_\_  
מצהיר/ה בזה:  
כי הודעתי לרופא ד"ר \_\_\_\_\_ על כל מחלותי ואישפוזי בעבר ובהווה, כי  
מסרתי לו את כל הפרטים שביקש ממני וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
עד/ה לחתימת המועמד/ת (אפשר לחתום במזכירות המוסד המכשיר)  
שם: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_