

טופס הצהרת בריאות

אני החתום(ה) מטה:

שם: _____ מס' תעודת זהות: _____

כתובת: _____

מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כדלהלן:

בעבר חליתי במחלות הבאות: _____

לא אושפזתי מעודי בבית חולים / אושפזתי בבית חולים*:

מתאריך: _____ עד תאריך: _____

מהסיבות הבאות: _____

אינני נמצא(ת) בעת מתן הצהרה זו, בטיפול רפואי / אני נמצא(ת) בטיפול רפואי של**:

מהסיבות הבאות: _____

למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו, תקין לחלוטין ואינני חולה בכל מחלה שהיא /

אני לוקה במחלות הבאות:

אינני סובל(ת) מליקויי למידה אשר בגללם נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך

בחינות / אני סובל(ת) בליקויי הלמידה הבאים:

אני מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה, כי הפרטים הנ"ל, הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס

למצב בריאותי בעבר ובהווה.

היום _____ לחודש _____ שנה _____ חתימה _____

תאריך

חתימה

שם מלא

* נא למחוק את המיותר: אם אושפז יותר מפעם אחת, נא לצרף להצהרה זו מסמך נוסף ובו פרטי
אשפוזים אלה (שם ביה"ח, מועדי האשפוז וסיבותיו).

** נא למחוק את המיותר.