

## הצהרת בריאות

אני החתום(ה) מטה :

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_

מצהיר(ה), מאשר(ת) ומתחייב (ת) בזה כדלהלן :

1. למיטב ידיעתי מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין, ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן "מחלה") בעבר חליתי במחלות הבאות: \_\_\_\_\_

2. לא אושפזתי מעודי בבית-חולים / אושפזתי בבית חולים\* :  
מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_  
מהסיבות הבאות: \_\_\_\_\_

3. אינני נמצא(ת) בעת מתן הצהרה זו בטיפול רפואי / אני נמצא/ת בטיפול רפואי של\*\* :  
מהסיבות הבאות \_\_\_\_\_

4. למיטב ידיעתי, מצב בריאותי (הגופני והנפשי) בעת חתימת הצהרה זו תקין לחלוטין ואינני חולה בכל מחלה שהיא / אני לוקה במחלות הבאות: \_\_\_\_\_

5. אינני סובל(ת) מליקויי למידה אשר בגללם נזקקתי בעבר להתייחסות מיוחדת בלימודים או במהלך בחינות / אני סובל בליקויי הלמידה הבאים: \_\_\_\_\_

6. אני מצהיר(ה) ומאשר(ת) בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, כמלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה.

חתימה

שם מלא

תאריך

\* 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.

1.09 2/8 תא