



## הצהרת בריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ ת"ז מס: \_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים):

1. [ ] אינני סובלת/ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או העלולה לשלול ממני את היכולת לעסוק בסייעוד לחלוטין, זמנית או חלקית.

1.1 [ ] אני סובלת/ואו סבלתי בעבר ממגבלה נפשית אנא פרטי:

\_\_\_\_\_

2. [ ] למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות מוגבלות ו/או ליקוי גופני.

2.1 [ ] אני חולה במחלה/ות הבאה/ות אנא פרטי:

\_\_\_\_\_

2.2 [ ] בעבר חליתי במחלה/ות הבא/ות אנא פרטי:

\_\_\_\_\_

3. [ ] אינני מקבלת/בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות בסעיף 1 ו/או 2 עיל.

[ ] אני מקבלת/בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל אנא פרטי:

\_\_\_\_\_

4. [ ] לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

[ ] קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטות בסעיף 1 ו/או 2 לעיל.

5. [ ] לא אושפזתי מעודי בבית חולים.

[ ] אושפזתי בבית חולים: \_\_\_\_\_ מתאריך: \_\_\_\_\_ עד תאריך: \_\_\_\_\_ מהסיבות הבאות:

\_\_\_\_\_

6. אני מתחייבת/כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרותיי אלה, אודיע על כך לאלתר לבית הספר.

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמלאתי בשאלון זה הם נכונים, מלאים ומדויקים וברור לי כי כל אי דיוק במסירתם עלול להביא להפסקת לימודי, ללא כל טענות ותביעות מצדי.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_