



אישור רפואי

חלק א'

אל: המכללה להכשרת עובדי הוראה

אני הח"מ ד"ר _____ העובד (כתובת פרטית או כתובת המוסד) _____

מאשר/ת בזה כי אני מכיר את מר/גב' _____ מס' ת"ז _____

שכתובת/ה היא _____ מיום _____

ולפי מיטב ידיעתי, לאחר ששאלתי/ה על מצב בריאות/ה, מחלות/ה, וליקוי/ה
הגופניים בעבר ובהווה, אני מאשר/ת כי אין במצב/ה הגופני והנפשי דבר העלול למנוע ממנ/ה
ללמוד במוסד להכשרת עובדי הוראה ו/או לעסוק בעבודת הוראה בכל שלבי החינוך.

המקום: _____ החתימה _____

תאריך: _____ חותמת _____

חלק ב' -

הצהרה

אני הח"מ (שם המועמד/ת) _____ מס' ת"ז _____

שכתובת/ה היא _____

מצהיר/ה בזה:

א. כי הודעתי לרופא/ה ד"ר _____ על כל מחלותיי בעבר ובהווה, ומסרתי לו/לה את כל
הפרטים שביקש/ה ממני וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל/ה וכי הודעתי על
מחלותיי בעבר ובהווה ועל אשפוזי בעבר ובהווה.

ב. ידוע לי, שאין באישור זה וגם לא בקבלתי ללימודים במוסד להכשרת עובדי הוראה כדי לחייב את
משרד החינוך להעסיקני עם תום לימודיי ובכל זמן לאחר מכן, וכי לשם קבלת עבודה בהוראה אצטרך
לעבור בדיקות רפואיות לפי הנוהל למועמדים לשירות המדינה, והן שתקבענה, נוסף לנתונים אחרים
(נתונים פדגוגיים), אישיים, מנהלתיים וכיו"ב, את כושרי ואת קבלתי לעבודה זו.

תאריך _____ חתימה _____

ע/ה לחתימת המועמד/ת (אפשר לחתום במזכירות המכללה)

שם: _____

תפקיד: _____

חתימה: _____

תאריך: _____