



הצהרת מחלה

אני הח"מ - \_\_\_\_\_ שם פרטי ושם משפחה  
מס' ת"ז \_\_\_\_\_

מצהיר כי בתאריכים \_\_\_\_\_ נעדרתי בגין מחלה,  
סה"כ \_\_\_\_\_ ימים.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך