מדינת ישראל
משרד החינוך

# אישור על תאונת תלמיד/ה במסגרת פעילות המוסד

לכבוד קופת החולים / חדר מיון :_____

הריני מאשר בזאת כי התלמיד/ה :

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| שם פרטי | | | | | | | | | |
| שם משפחה | | | | | | | | | |
| מספר תעודת זהות (כולל ספרת ביקורת) | | | | | | | | | |

נפגע/ה במהלך פעילות רשמית של המוסד החינוכי בו הוא/היא לומד/ת והופנה/ הופנתה לטיפול רפואי קופת חולים/ בחדר מיון.

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| סמל מוסד | | | | | | |
| שם המוסד | | | | | | |
| תאריך האירוע | | | | | | |
| שם המנהל/ת | | | | | | |
| חתימת המנהל/ת | | | | | | |