

אישור רפואי והצהרה – מועמד ללימודים

חלק א' – אישור רופא

אל המכללה האקדמית בוינגייט _____
 אני הח"מ ד"ר _____ העובד ב: (כתובת פרטית או כתובת המוסד)
 _____, אני החתום מטה רופא מומחה בתחום _____** מאשר בזה כי אני מכיר את מר
 / גב' _____ ת. זהות _____
 שכתובת/ה היא _____ מיום _____
 ולפי מיטב ידיעתי, לאחר ששאלתי/ה על מצב בריאות/ה, מחלות/ה אשפוז/ה וליקוי/ה הגופניים בעבר
 ובהווה, ולפי מיטב הבדיקות שערכתי כדלקמן:

מאשר כי אין **במצבו/ה הגופני או הנפשי**, של _____ ת.ז. _____ דבר העלול למנוע ממנו/ה
 ללמוד במוסד להכשרת מורים לחינוך גופני ולהשתתף בפעילות גופנית מאומצת וללמוד הוראה לגילאי הגן, בית
 ספר יסודי, חטיבת ביניים ובית ספר תיכון, כולל הכשרה מעשית במוסדות אלו. כמו כן הנני מאשר כי אין
 במצבו/ה הנפשי או הגופני מצב העלול למנוע ממנו/ה לעסוק בהוראה בכל שלבי החינוך.

שם הרופא: _____ חתימה: _____
 תאריך: _____ חותמת: _____

** אישור רפואי חתום ע"י רופא מומחה נדרש בעקבות בעיות אורתופדיות, נפשיות, נירולוגיות ו/או אחרות קיימות. במצב זה
 אישור מרופא משפחה אינו מספק ויש להציג את האישור שלעיל חתום ע"י רופא מומחה, כולל פירוט מהרופא המומחה
 לתחום הנבדק. במידה ועבר הסטודנט/ית ניתוח/ים או אושפז בבית חולים בגין הבעיה יש להצהיר על כך.

חלק ב' - הצהרה

אני הח"מ _____ ת. זהות _____
 שכתובתי היא _____

מצהיר/ה בזה:

- א. כי הודעתי לרופא ד"ר _____ על כל מחלותי בעבר ובהווה, וכי מסרתי לו את כל הפרטים שביקש ממני, "לרבות לגבי מצבו הגופני והנפשי" וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל, וכי הודעתי לו על כל מחלותי בעבר ובהווה ועל אשפוזי בעבר ובהווה, ומתחייב להודיע על שינוי שיחול על מצבי הבריאותי.
- ב. ידוע לי, שאין באישור זה וגם לא בקבלתי ללמוד במוסד להכשרת מורים כדי לחייב את משרד החינוך והתרבות 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 את כושרי ואת קבלתי לעבודה זו.
- ג. ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת ביטוח בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה.

תאריך _____ חתימה _____