

**מדינת ישראל**  
**משרד החינוך**  
**מינהל הכשרה ופיתוח מקצועי של עובדי הוראה**  
**האגף להכשרת עובדי הוראה**

200497972

מרץ 2021

**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 בריאותו/ה, מחלותיו/ה, וליקוייו/ה  
הגופניים בעבר ובהווה, אני מאשר/ת כי אין במצבו/ה הגופני והנפשי דבר העלול למנוע ממנו/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 שביקשה ממני וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאלה 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 \_\_\_\_\_  
עד/ה לחתימת המועמד/ת (אפשר לחתום במזכירות המכללה)

שם: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_