

חלק א'

אישור רפואי

אל: המרכז האקדמי ויצו חיפה

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

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

שכתובתו/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 _____

שכתובתו/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 הנהל 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: _____