

לתשומת לבכם! כל השדות המופיעים בטופס זה הינם חובה.

לכבוד בית הספר קוסמן (להלן – "בית הספר")

ישוב \_\_\_\_\_ רח' \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

**אני החתום מטה**

שם פרטי

שם משפחה

מספר ת.ז. / דרכון

כתובת

מין

זכר / נקבה

**מזהיר/ה, מאשר/ת ומתחייב/ת בזה כדלקמן (נא לסמן במקום המתאים):**

למיטב ידיעתי, מצב בריאותי בעת חתימת הצהרה זו תקין ואינני חולה בכל מחלה שהיא לרבות, מוגבלות ו/או ליקוי גופני ו/או נפשי (להלן: "מחלה").

אני חולה במחלה/ות הבאה/ות  
אנא פרטי:

בעבר חליתי במחלה/ות הבאה/ות  
אנא פרטי:

אינני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות לעיל

אני מקבל/ת בעת מתן הצהרה זו טיפול רפואי  
בגין המחלה/ות המפורטת/ות לעיל | אנא פרטי:

לא קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות לעיל

קיבלתי בעבר טיפול רפואי בגין המחלה/ות המפורטת/ות לעיל



אושפזתי בבית-חולים מהסיבות הבאות:

\_\_\_\_\_ |  
מתאריך \_\_\_\_\_ / עד תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ |  
מתאריך \_\_\_\_\_ / עד תאריך \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ |  
מתאריך \_\_\_\_\_ / עד תאריך \_\_\_\_\_

**אני מתחייב/ת כי אם יחולו שינויים בתוכן הצהרתיי אלה, אודיע על כך לאלתר למזכירות בית הספר.**

אני מצהיר/ה ומאשר/ת בזה כי הפרטים הנ"ל הם הפרטים המדויקים, המלאים והנכונים ביחס למצב בריאותי בעבר ובהווה. ידוע לי כי הצהרה כוזבת, לרבות אי דיוק כלשהו בהצהרת בריאות זו, מהווה הפרה של תנאי הלימודים בבית הספר. בית הספר יהיה רשאי במקרה זה לנקוט בכל צעד שימצא לנכון, לרבות, אך לא רק, הפסקת הלימודים לאלתר.

חתימת הנרשם

תאריך

ולראיה באתי על החתום להלן: