

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

**אישור רפואי**

חלק א'

**אל: מכללת הרצוג - גוש עציון**

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 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: \_\_\_\_\_