

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

תאריך _____

אישור רפואי

חלק א'

אל: מכללת לוינסקי לחינוך

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 בריאות/ה, מחלות/ה, וליקוי/ה
הגופניים בעבר ובהווה, אני מאשר/ת כי אין במצב/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 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: _____