



אורות ישראל

מכללה אקדמית לחינוך

מייסודן של מכללות מורשת יעקב ואורות ישראל (ע"ר)

ב"ה

## אישור רפואי

מינהל /סטודנטיות/רישום וקבלה/כללי

### חלק א – אישור

אני הח"מ, ד"ר \_\_\_\_\_ העובד (כתובת פרטית או כתובת המוסד)

מאשר בזה, כי אני מכיר את הגב' \_\_\_\_\_

מס' ת"ז \_\_\_\_\_ שכתובתה היא \_\_\_\_\_ מיום \_\_\_\_\_

ולפי מיטב ידיעתי, לאחר ששאלתיה על מצב בריאותה, מחלותיה, אשפוזה וליקוייה הגופניים בעבר ובהווה, אני מאשר כי אין במצבה הגופני והנפשי דבר העלול למנוע ממנה ללמוד במכללה אקדמית להוראה או לעסוק בעבודת הוראה בכל שלבי החינוך.

לסטודנטית מחול ותנועה – אישורים נוספים:

\* אישור רופא משפחה לכשירות התלמידה ללימודי מחול

\* אישור רופא אורטופד לכשירות התלמידה ללימודי מחול

המקום: \_\_\_\_\_ חתימת הרופא: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

### חלק ב – הצהרה

אני הח"מ (שם המועמד/ת) \_\_\_\_\_ מס' ת"ז \_\_\_\_\_

שכתובתי היא: \_\_\_\_\_

מצהירה/ה בזה:

1. כי הודעתי לרופא הבודק על כל מחלותיי בעבר ובהווה; כי מסרתי לו את כל הפרטים שביקש ממני וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל, וכי הודעתי לו על מחלותיי בעבר ובהווה ועל אשפוזי בעבר ובהווה.

2. ידוע לי, שאין באישור זה וגם לא בקבלתי ללמוד במוסד להכשרת מורים, כדי לחייב את משרד החינוך והתרבות להעסיקני עם תום לימודיי ובכל זמן לאחר מכן; וכי לשם קבלת עבודה בהוראה אצטרך לעמוד בבדיקות רפואיות לפי הנוהל למועמדים לשירות המדינה, והן שתקבענה בנוסף לנתונים אחרים (נתונים פדגוגיים, אישיים, מנהלתיים וכיו"ב) את כושרי ואת קבלתי לעבודה זו.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

עד/ה לחתימת המועמד/ת בעל תפקיד במכללה

שם: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### רחובות

הרב שטיינמן 3, ת"ד 1106, רחובות 76110

טל' 08-9485666, פקס 08-9485686

www.mor.ac.il, moreshet@mor.ac.il

### אלקנה

אלקנה 44814, טל' 03-9061302, פקס 03-9061303

rishum@orot.ac.il

www.orot.ac.il