



כתובת המכללה: רח' הים התיכון 7, קרית שמואל, חיפה 2640007  
 מען למכתבים: ת.ד. 906, קרית שמואל, חיפה 3100801  
 טלפון: 04-8780000 פקס: 04-8714445  
 Email: shaanan@shaanan.org

### הצהרת בריאות כללית

אל המכללה להכשרת עובדי הוראה

אני הח"מ ד"ר \_\_\_\_\_

העובד (כתובת מוסד) \_\_\_\_\_

מאשר בזה כי אני מכיר את מר/גב' \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

שכתובתו היא: \_\_\_\_\_

מיום: \_\_\_\_\_

ולפי מיטב ידיעתי, לאחר ששאלתי על מצב בריאותו/ה, מחלותיו/ה, וליקוייו/ה הגופניים בעבר ובהווה, ולפי הבדיקות שערכתי כדלקמן:

1. שיקוף ריאות

2. בדיקת שתן כללית

3. בדיקת מיתרי הקול,

כלי הדיבור ושמיעה

4. בדיקות לפי שיפוט הרופא

אני מאשר כי אין במצבו/ה הגופני והנפשי דבר העלול למנוע ממנו/ה ללמוד במוסד להכשרת מורים וגננות ו/או לעסוק בעבודת הוראה בכל שלבי החינוך.

המקום: \_\_\_\_\_

החתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

חותמת: \_\_\_\_\_

### חלק ב' - הצהרה

אני הח"מ (שם המועמד/ת) \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

שכתובתו/ה היא: \_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזה: \_\_\_\_\_

א) כי הודעתי לרופא ד"ר \_\_\_\_\_ על כל מחלותי ואשפוזי בעבר ובהווה, כי מסרתי לו את כל הפרטים שביקש ממני וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל.

ב) ידוע לי, שאין באישור זה וגם לא בקבלתי ללמוד במוסד להכשרת מורים כדי לחייב את משרד החינוך והתרבות להעסיקני עם תום לימודי 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: \_\_\_\_\_