

סבא ג'ק - מרכז לטיפול חויתי משולב

אישור רפואי להשתתפות בשיעורי רכיבה/רכיבה טיפולית

שם: _____

תאריך לידה: _____

גיל: _____

מין: _____

מצב בריאותי:

אבחנה רפואית: _____

תסמונת דאון : כן / לא

חיסון טטנוס : כן / לא , בתאריך: _____

נא לציין אם המועמד/ת סבל/ה או סובל/ת כיום מאחת המחלות הבאות:

הפרעה בשמיעה	כן	לא	אפילפסיה	ציין סוג:
הפרעה בראייה			עקמת	ציין סוג:
אלרגיות			אמופיליה	
מחלת לב			ניתוחים	בשנה האחרונה:
לחץ דם			אסטמה	
שיווי משקל			הפרעות נוירולוגיות	

אחר: _____

שם ההורה (שם + משפחה) חתימת ההורה תאריך

אישור הרופא המטפל:

שם הרופא חתימה / חותמת תאריך