

המרכז לטיפול חווייתי על שם "סבא ג'ק" בעין יעל ירושלים

אישור רפואי להשתתפות בשיעורי רכיבה /רכיבה טיפולית

שם: _____ מס' ת.ז. : _____

ת. לידה : _____ מין : זכר / נקבה

מצב בריאותי :

אבחנה רפואית : _____

תסמונת דאון : כן / לא

חיסון טטנוס : כן /לא , ניתן בתאריך : _____

ניתוחים רלוונטיים לשנה האחרונה : _____

נא לציין באם המועמד/ת סבל/ה או סובל/ת כיום מאחדת או יותר מהמחלות הבאות :

אפילפסיה , ציין סוג _____	לא	כן	אמופילה
_____	לא	כן	הפרעות בשמיעה
עקמת , ציין סוג _____	לא	כן	הפרעות בראייה
_____	לא	כן	אלרגיות
הפרעה ניורולוגית _____	לא	כן	מחלת לב
_____	לא	כן	לחץ דם
_____	לא	כן	שיווי משקל
_____	לא	כן	אסטמה

אחר : _____

אישור הרופא המטפל :

שם הרופא: _____ תאריך: _____ חתימה+חותמת: _____

אישור ההורה:

שם ההורה: _____ תאריך: _____ חתימה: _____

ניתן להחזיר בפקס 02-6769425 או במייל sabajack@014.net.il