



בדיקה רפואית*

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר(ת) בזאת כי לאחר שזיהיתי את _____ ,
לפי תעודת זהות מס' _____ , לפי מיטב ידיעתי, ולאחר שבדקתי אותו(ה)
ושאלתי(ה) על מצב בריאותו(ה), מחלותיו(ה), אשפוזו(ה) וליקויו(ה) הגופניים בעבר ובהווה, אין במצבו(ה)
הגופני הנפשי והבריאותי(ה) דבר העשוי למנוע ממנו(ה) לשמש כמציל(ה) בבריכת שחיה.

חותמת ומס' רישיון

חתימת הרופא

מקום

תאריך

*עפ"י התוספת השלישית בתקנות הסדרת מקומות רחצה (בטיחות בבריכות שחייה) התשס"ד-2004

