



PHYSICIAN'S EXAMINATION (למילוי ע"י רופא) אישור רפואי

DATE OF TRIP – תאריכי הנסיעה	DASTINATION – יעד המשלחת

First Name – שם פרטי	Last Name – שם משפחה	ID – ת"ז	Birth Date – תאריך לידה

Medical limitations		מגבלות רפואיות
Medications taken regularly		תרופות הנלקחות באופן קבוע
Allergies		אלרגיות
Current Medical Problems and Treatments		מצב בריאותי נוכחי ודרכי טיפול
Recommendations		המלצות

I have examined the person herein described and have reviewed the health history. It is my opinion that this person is physically able to engage in camp activities, except as noted above.

הנני מאשר בזאת כי בדקתי את האדם המתואר לעיל ואת ההיסטוריה הרפואית שלו. מבחינה בריאותית אין התנגדות לנסיעתו/ה לחו"ל ולהשתתפות בפעילות מחנאית, מלבד ההערות שצוינו לעיל.

Name of Doctor שם הרופא	Medical Center קופת חולים	Date תאריך	Signature & Stamp חתימה וחותמת