

אישור בריאות לשירות לאומי בעמינדב

הריני לאשר שלמיטב ידיעתי המתנדב/ת _____ ת.ז. _____
אינו סובל מבעיה בריאותית המגבילה אותו/ה או מונעת ממנו/ה מלשרת בשירות לאומי.

הערות (במקרה של מגבלה רפואית או מידע רפואי החשוב לתפקוד המתנדב/ת)

שם הרופא

חתימה + חותמת

תאריך