

בדיקת ראייה

אני הח"מ רופא עיניים/אופטומטראי _____ מאשר בזאת כי לאחר שזיהתי את
גב"מ/מר _____ לפי תעודת זיהוי מס' _____ בדקתי את כושר
ראייתו (ה) ולהלן תוצאות הבדיקה :

1. כושר הראיה : בלי משפיים, חדות הראיה עין ימין _____
עין שמאל _____
2. שדה ראייה : מלא _____ לא מלא _____
אין בתוצאות הבדיקה דבר העשוי למנוע ממנו (ה) לשמש כמציל/ה בבריכת שחיה,
זאת בידועי כי עבודת המציל/ה מחייבת צפייה רציפה על הנעשה במימי הבריכה.
חתימת רופא העיניים/האופטומטראי _____
חותמת ומס' רשיון : _____
תאריך _____ מקום : _____

- הערה : בדיקת הראיה תבוצע אך ורק במכשירים מהסוגים המפורטים להלן או הדומים להם :

היצרן	סוג המכשיר
Keystone	DYSIII
Stereo Optical, Inc.	Optec 2500
Titmus Optical Inc.	Perimeter model T2a-ISR-P

תוספת שלישית
(תקנה 5 (5))
הצהרת בריאות של מציל

שם: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
כתובת: _____ טלפון: _____
1. האם את/ה סובלת/ת מבעיה גופנית או נפשית העלולה לדעתך לפגוע ביכולתך לשמש כמצילה/ה בבריכת
שחיה? כן _____ לא _____ ;
אם התשובה לשאלה 1 חיובית, פרטי את הבעיה _____

2. האם נפסלת בעבר במבדק רפואי כלשהו (כגון לצורך רשיון נהיגה, רשיון לכלי ירייה)? כן _____ לא _____ ;
אם התשובה לשאלה 2 חיובית, פרטי את סוג המבדק ותוצאותיו: _____

חתימת המציל _____ תאריך _____

בדיקה רפואית

אני הח"מ די"ר _____ מאשר/ת בזאת כי לאחר שזיהתי את גב' /מר _____
לפי תעודת זיהוי מס' _____, לפי מיטב ידיעתי, ולאחר שבדקתי אותו (ה) ושאלתי (ה) על
מצב בריאותו (ה), מחלותיו (ה) אישפוזו (ה) וליקויו (ה) הגופניים בעבר ובהווה, אין במצבו/ה הגופני והנפשי
ובבריאותו (ה) דבר העשוי למנוע ממנו (ה) לשמש כמצילה/ה בבריכת שחיה.
חתימת הרופא _____ חותמת ומס' רשיון: _____
תאריך _____ מקום _____