



תוספת שלישית (תקנה 55)

הצהרת בריאות של מציל

שם: _____, שם משפחה: _____, ת"ז _____,
כתובת: _____, טלפון: _____,
1. האם אתה סובל מבעיה גופנית או נפשית העלולה לדעתך לפגוע ביכולתך לשמש כמציל בבריכת שחיה? כן;
אם התשובה לשאלה 1 חיובית, פרט את הבעיה: _____
2. האם נפסלת בעבר במבדק רפואי כלשהו (כגון לצורך רישיון נהיגה, רישיון לכלי ירייה)?
אם התשובה לשאלה 2 חיובית, פרט את סוג המבדק ותוצאותיו: _____

_____ תאריך

_____ חתימת המציל

בדיקה רפואית

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

_____ חותמת ומס' רישיון

_____ חתימת הרופא

_____ מקום:

_____ תאריך:



משרד העבודה הרווחה
והשירותים החברתיים
חוסן חברתי לישראל
אגף בכיר להכשרה מקצועית ופיתוח כח אדם



בדיקת ראייה

אני הח"מ רופא עיניים _____ מאשר בזאת כי לאחר שזיהיתי את גב' _____ ,
לפי תעודת זהות מס' _____ , בדקתי* את כושר ראייתו ולהלן תוצאות הבדיקה:

1. כושר הראיה: בלי משקפיים, חדות הראיה עין ימין _____ עין שמאל _____ ,
2. שדה ראייה: מלא _____ , לא מלא _____ ,

אין בתוצאות הבדיקה דבר העשוי למנוע ממנו לשמש כמציל בבריכת שחיה, זאת בIODעי כי עבודת המציל מחייבת צפייה רציפה על הנעשה במימי הבריכה.

_____ חותמת ומס' רישיון

_____ חתימת רופא העיניים

תאריך _____ , מקום: _____ ,

* הערה: בדיקת הראייה תבוצע אך ורק במכשירים מהסוגים המפורטים להלן או הדומים להם:

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

