



אישור רפואי

שם _____ ת.ז. _____

אני מאשר שלא נמצאה כל מגבלה העלולה למנוע ממני/ מילדי מלהשתתף בהפעלה ושיעורי תנועה במים.

חתימה: _____ תאריך: _____

לרופא המטפל,

הריני מאשר/ת בזאת כי שם _____ ת.ז. _____

יכולה להשתתף במסגרת הפעלה ושיעורי תנועה במים.

הערות:

שם הרופא/ה _____ חתימה וחותמת _____

תאריך _____