

**סבא ג'ק - מרכז לטיפול חויתי משולב**

**אישור רפואי להשתתפות בשיעורי רכיבה/רכיבה טיפולית**

שם: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_

גיל: \_\_\_\_\_

מין: \_\_\_\_\_

מצב בריאותי:

---

---

---

---

אבחנה רפואית: \_\_\_\_\_

תסמונת דאון : כן / לא

חיסון טטנוס : כן / לא , בתאריך: \_\_\_\_\_

נא לציין אם המועמד/ת סבל/ה או סובל/ת כיום מאחת המחלות הבאות:

הפרעה בשמיעה	כן	לא	אפילפסיה	ציין סוג:
הפרעה בראייה			עקמת	ציין סוג:
אלרגיות			אמופיליה	
מחלת לב			ניתוחים	בשנה האחרונה:
לחץ דם			אסטמה	
שיווי משקל			הפרעות נוירולוגיות	

אחר: \_\_\_\_\_

---

שם ההורה (שם + משפחה)      חתימת ההורה      תאריך

**אישור הרופא המטפל:**

---

שם הרופא      חתימה / חותמת      תאריך