



אישור על תאונת תלמיד/ה במסגרת פעילות המוסד

לכבוד קופת החולים / חדר מיון: _____

הריני מאשר בזאת כי התלמיד/ה:

								שם פרטי
								שם משפחה
								מספר תעודת זהות (כולל ספרת ביקורת)

נפגע/ה במהלך פעילות רשמית של המוסד החינוכי בו הוא/היא לומד/ת והופנה/ה
הופנתה לטיפול רפואי קופת חולים/ בחדר מיון.

						סמל מוסד
						שם המוסד
						תאריך האירוע
						שם המנהל/ת
						חתימת המנהל/ת