



## 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:





## 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 הראייה: בלי משקפיים, חדות הראייה עין ימין \_\_\_\_\_ עין שמאל \_\_\_\_\_ ,  
 2. שדה ראייה: מלא \_\_\_\_\_ , לא מלא \_\_\_\_\_ ,  
 אין בתוצאות הבדיקה דבר העשוי למנוע ממנו לשמש כמציל בבריכת שחיה, זאת בודעי כי עבודת  
 המציל מחייבת צפייה רציפה על הנעשה במימי הבריכה.

\_\_\_\_\_ חותמת רופא העיניים  
 \_\_\_\_\_ חותמת ומס' רישיון

תאריך \_\_\_\_\_ , מקום: \_\_\_\_\_ ,

\* הערה: בדיקת הראייה 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

