

נא להחזיר חתום לפקס 072-2118441



תאריך _____

א.ג.נ.

הנדון: השתתפות בתכנית שחר

הריני מאשר בזאת כי מר/גב' _____
ת.ז. _____ סיים טיפול בתאריך _____ או מקבל/ת
טיפול אחזקה ב: _____ ונמצא/ת במעקב רפואי.

בנוסף הריני לאשר, כי למטופל/ת אין הגבלות המונעות ממנו/ממנה
מלהשתתף בכל פעילות נופש ופנאי בתנאים של אירוח מלונאי, כולל
הליכות בקר ופעילות גופנית לא מאומצת.

בברכה,
פרופסור/דוקטור

חתימה + חותמת

שחר המקום לתמיכה והעצמה

טלפון: 072-2427722

פקס: 072-2118441

www.4life.org.il