

גא להחזיר חתום לפקס 072-2118441

לכבוד  
רופא אונקולוג



תאריך \_\_\_\_\_

א.ג.נ.

### הנדון: השתתפות בתכנית שחר

הריני מאשר בזאת כי אצל מר/גב'

ת.ז. \_\_\_\_\_ אין עדות למחלה לאחר שסיים את הטיפולים

האונקולוגיים בתאריך \_\_\_\_\_ ונמצא/ת במעקב רפואי.

בנוסף הריני לאשר, כי למטופל/ת אין הגבלות המונעות ממנו/ממנה

כל פעילות נפש ופנאי בתנאים של אירוח מלונאי ובכלל זה ביצוע

פעילות גופנית (הליכת בקר, פעילות גופנית לא מאומצת וכד')

בברכה,  
פרופסור/דוקטור

חתימה + חותמת

**שחר המקום לתמיכה והעצמה**

טלפון: 072-2427722

פקס: 072-2118441

[www.4life.org.il](http://www.4life.org.il)