

בדיקת ראייה

אני הח"מ רופא עיניים/אופטומטריסט מאשר בזאת כי לאחר
שזיהיתי את גב'/מר לפי תעודת זהות מס'
בדקתי* את כושר ראייתו(ה) 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(ה) לשמש כמציל(ה) בבריכת שחייה,
זאת בידועי כי עבודת המציל (ה) מחייבת צפייה רציפה על הנעשה במימי הבריכה.

חתימת רופא העיניים/האופטומטריסט 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

פרק:	תחום פדגוגיה	נוהל מס':	03-03-010
פרק משנה:	בחינות	תאריך עדכון אחרון:	7.2009
שם הנוהל:	נוהל בחינות בקורסים למבוגרים	עמוד מס':	14 מתוך 16 עמודים

נספח ד'

טופס בדיקה רפואית

אני הח"מ ד"ר _____ קופ"ח _____ מס' רישיון _____ מאשר/ת בזאת כי בדקתי את:

שם משפחה ושם פרטי	מס' תעודת זהות*	מין	תאריך לידה	שנה	חודש	יום
-------------------	-----------------	-----	------------	-----	------	-----

ישוב	רחוב	מס' בית	טלפון
------	------	---------	-------

- * נערך זיהוי באמצעות תעודת זהות ישראלית/דרכון בתוקף לפי מיטב ידיעתי ולאחר ששאלתי(ה) על מצב בריאות(ה) (אשפוז(ה) וליקוי(ה) הגופניים בעבר ובהווה, הרני לאשר כי:
- * לא ידוע לי על דבר במצבו(ה) הגופני והנפשי בבריאות המועמד/ת העשוי למנוע ממנו(ה) להשתתף בקורס מצילים,
- זאת בידועי כי הלימודים מחייבים מאמץ גופני במשך תקופת הקורס.
- * לא ידוע לי על בעיות שמיעה, ראייה או עצבים העשויים לפגום בתפקודו כמציל
- * לא ידוע לי כי המועמד/ת נוטל/ת תרופות או חומרים אסורים העשויים לפגוע בתפקודו כמציל.

כתובת המרפאה וטלפון	שם רופא/ה המשפחה	תאריך הבדיקה	חתימה הרופא/ה	וחותמת קופ"ח
---------------------	------------------	--------------	---------------	--------------

+++++

אישור בדיקת עיניים ע"י רופא עיניים/אופטומטריסט מוסמך

אני הח"מ _____ מס' רשיון _____ מאשר/ת בזאת כי בדקתי את:

שם משפחה ושם פרטי	מס' תעודת זהות*	מין	תאריך לידה	שנה	חודש	יום
-------------------	-----------------	-----	------------	-----	------	-----

ישוב	רחוב	מס' בית	טלפון
------	------	---------	-------

* נערך זיהוי באמצעות תעודת זהות/דרכון בתוקף ומצאתי: כושר הראייה, בלי משקפיים ובלי עדשות מגע

א. חדות הראייה: עין ימין _____ (במילים) _____

עין שמאל _____ (במילים) _____

ב. שדה הראייה: ג' מלא א' לא מלא

כתובת וטלפון	שם הבודק	תאריך הבדיקה	חתימה וחותמת הבודק
--------------	----------	--------------	--------------------