מדינת ישראל
משרד החינוך

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/ הופנתה לטיפול רפואי קופת חולים/ בחדר מיון.

פרטי המוסד :

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