

אישור להשתתפות בפעילות לעידוד פעילות גופנית

לכבוד : המסגרת המטפלת

אין מניעה ל : _____ מספר תעודת זהות : _____

להשתתף בפעילות לעידוד פעילות גופנית.

הערות : _____

חתימת הרופא : _____

תאריך : _____