

לפני

מס. טופס



4344004892

**הפניה לפעילות ספורטיבית**

**לכבוד: אישור מצב בריאות למכון כושר/פעילות ספורטיבית**

ת.ד:	<del>XXXXXXXXXX</del>	שם המבוטח:	<del>XXXXXXXXXX</del>	מין:	<del>XXXXXX</del>	זכר	ביטוח:	שיא	ת.לידה:	04/05/2001
כתובת:		כתובת:	<del>XXXXXXXXXX</del>	הקניה:	<del>XXXXXXXXXX</del>	מיקוד:	48865	טלפון:	<del>XXXXXXXXXX</del>	009XXXXXXXXXX

**סיבת ההפניה:**

אני ד"ר תהל שליט הרופאה המטפלת של ~~XXXXXXXXXX~~ על סמך התיק הרפואי ועל סמך בדיקה בסיסית במרפאה לא מצאתי עדות למחלה כרונית ולא ידוע לי על שימוש קבוע בתרופות שעלולות להגבילו בפעילות ספורטיבית המקובלת לגבי בני גילו

ד"ר תהל שליט  
 רופאת ילדים

חתימה וחותמת הרופא



1054321609

רשיון: 18556

טלפון: 09-9573886

רפא/מטפל: ד"ר שליט תהל

תחום עיסוק: רפואת ילדים

כתובת: בן גוריון 22 הרצליה