

(סמליל מרפאת החיסונים)

חלק ג': אישור*

אני מאשר/ת כי התלמיד _____
מספר תעודת זהות _____

- א. קיבל את כל החיסונים הנדרשים ממנו בנוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות ואשר הוא רשאי לקבלם ובצע
- ב. בצע בדיקת נוגדנים מסוג anti HBs ונמצא כייל מחסן.
- ג. בצע תבחין טוברקולין (מנטו).

האישור הנו: 1- קבוע, 2- זמני עד _____, על מזכירות בית הספר להפנותו למרפאה להשלמת החיסון לקראת התאריך הנ"ל.

שם האחות/ הרופא או חותמת _____
חתימה: _____
תאריך: _____

*יש לחקף בעיגול את האפשרות המתאימה.