

**PHYSICIAN'S EXAMINATION (למילוי ע"י רופא) אישור רופא**

שם פרטי – First Name	שם משפחה – Last Name	ת"ז – ID	תאריך לידה – Birth Date
----------------------	----------------------	----------	-------------------------

גובה – Height	משקל – Weight	דופק – Pulse	לחץ דם – Blood Pressure	זכר – Male
				נקבה – Female

Medical limitations		מגבלות רפואיות
Medications taken regularly		תרופות הנלקחות באופן קבוע
Allergies		אלרגיות
Current Medical Problems and Treatments		מצב בריאותי נוכחי ודרכי טיפול
Recommendations		המלצות

במידה וייקח המועמד חלק ב"קרואן הידידות", יבצע פעילות פיזית בסופי שבוע הכוללת חזרות ריקוד של כ- 10 שעות במשך 5 חודשים רצוף, מינואר ועד מאי. בתקופת השליחות יופיע בכ- 80 הופעות בנות שעה בממוצע של הופעה ליום. אני החתום מטה, מאשר כי ממצבו הבריאותי של החניך מאפשר/ לא מאפשר לו לקחת חלק בפרויקט זה, הן בתהליך ההכנה בארץ והן במסע ההופעות בחו"ל.

In case the applicant gets accepted to the "Friendship Caravan" program, he will participate in physical activities which include 10 hours rehearsal every weekend for 5 month. Please specify any medical conditions that would conflict with this sort of activity. _____

I have examined the person herein described and have reviewed the health history. It is my opinion that this person is physically able to engage in camp activities, except as noted above.		הנני מאשר בזאת כי בדקתי את האדם המתואר לעיל ואת ההיסטוריה הרפואית שלו. מבחינה בריאותית אין התנגדות לנסיעתו/ה לחו"ל ולהשתתפות בפעילות פיזית ואו מחנאית, מלבד ההערות שצוינו לעיל.	
שם הרופא – Name of Doctor	קופת חולים – Medical Center	תאריך – Date	חתימה וחותמת – Signature & Stamp