



תאריך: _____

אל: _____
המרפאה לחיסון תלמידי מקצועות הבריאות

הנדון: הצהרה על קבלת חיסונים ועל מחלה בעבר*

א. בהתאם לנוהל חיסון תלמידי מקצועות הבריאות אני מצהיר/ה כי קיבלתי את החיסונים שמקבלים ילדים בתחנות טיפת חלב ובבתי הספר.

1. מנת חיסון אחרונה נגד דיפתריה וטטנוס קבלתי ב _____.

2. מנת חיסון אחרונה של חיסון נגד שיתוק ילדים קבלתי ב _____.

ב. אני מצהיר/ה שחליתי באבעבועות רוח/ קיבלתי שתי מנות חיסון נגד אבעבועות רוח.

שם המצהיר/ה: _____

מספר ת.ז: _____

חתימה: _____

*יש להקיף בעיגול את האפשרות המתאימה.