



מדינת ישראל
המשרד לביטחון הפנים
האגף לרישוי כלי ירייה



لتשומת לך:

- טופס זה יחתם על ידי רופא המשפחה או רופא אחר שעין בתיקו הרופאי של המצחיר.
- את הצהרת הבריאות, לאחר חתימת הרופא, יש למסור למנחל ההכרשה לפני ביצוע ההכרשה במטותו.
- החצהה (כולל האישור על ההכרשה) תועבר לאחר ההכרשה, על ידי מנהל המטווח, לפקידי הרישוי במשרד לביטחון הפנים. לחילופין, באפשרותן למסור את החצהה לאחר חתימת הרופא ישרות לפקידי הרישוי לפני ביצוע המשך הליך ההכרשה במטותו. במקרה כזה, פקידי הרישוי יבודק את החצהה וייתנו בידך אישור להמשך הליך הרישוי.
- תום השנה שלמה מיום חתימת הרופא על גביה, על פי הצעתה.

הצהרת בריאות

שם משפחה	שם רפואי	מספר זהזהות	שנת לידה
עיסוק	כתובת – רח'	בית	דירה ת.ד.
טלפון	מספר	מספר נייד	מספר טלפון
כתובת דוא"ל @			

מצאים רפואיים / שאלון רפואי

הצהרת מבחן/ת הבדיקה

(ימולא ע"י המבחן/ת)

1. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב – 5 שנים האחרונות? אם כן, מתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם היו אירועים של איבוד הכרה ב – 5 שנים האחרונות? אם כן, מתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
3. האם סובל/ת מאפילפסיה (מחלפת הכיפיון) אם כן, מתי היה ההתקף האחרון?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. האם אותה סובל/ת בקביעות תרופות? אם כן, פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
5. האם יש הפרעות מוטוריות ו/או תחושתיות וחפרעות בקואורדינציה? אם כן, מתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. האם הינו סובל/ת ממחלה לב?: אם כן, פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
7. האם סובל/ת ממחלת לב?: האם סובל/ת מהפרעות קצב? אם כן, פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	8. האם עברת התקפים של ירידת חדה ברמות הסוכר בדם?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
9. האם ניתן טיפול רפואי פסיכיאטרי? בזמן ובמקום?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	10. האם לדעתך ישנו מקום להערכה פסיכיאטרית עדכנית? פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
		11. האם אותה סובל/ת או נטל/ת בעבר תרופות המיעדרות לטיפול במחלת נש, מ眩י רוח, ערונות ובעיות שינה?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
		12. האם אותה נטל/ת סמים או תרופות העוללות להשפעה על מצב ההכרה או יכולת שיפוט?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
		13. האם אותה צורך משקאות חריפים?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
		14. האם אשפוזת בעבר במוסד לגמילה או במוסד פסיכיאטרי? פרט:	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

אישור הרופא

<p>אני מצהיר כי הנ"ל חתום על הצהרות זו יהיה אתי המבחן על פי תעודה מזוהה.</p> <p><input type="checkbox"/> אני מטפל קבוע במבחן, זה שלוש שנים לפחות בקופת חולמים</p> <p><input type="checkbox"/> אני מטפל במבחן שהוא עולה חדש וטרם החלו שלוש שנים מיום עלייתו</p> <p><input type="checkbox"/> עיניתי בתיקו הרופאי בכל קופ"ח שבו היה שלוש שנתיים שקדמו לבדיקה.</p>	<p>אני החתום מצהיר/ה שככל תשוביתי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי היא צפוי לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כו"ז שערתתי בטופס זאת.</p> <p>אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם הרשות, דרישות מלאות וכוכנות על מחלותיי ולקיים הבריאותיים. אני מותרת/ת על הסודיות בוג� למחלותיי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבחן/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותיי מabit הפויאי וכל מידע אחר שיידרש לרופא מוסמך או לבא כו"ה.</p>
תאריך	תאריך
שם רופא מס' רישויון (חתימה וחותמת)	חתימת מבחן/ת הבדיקה

בכל מקום בו הפניה היא בלשון זכר, הכוונה גם לשwon נקבה וכן להפץ.

01 אָמִרְסְּרָה בַּתְּרֵם / אֶגְדִּיבְּרוֹג יְהוּדָה לוֹ

דָּבָר סְבִידּוֹד:

עֲשָׂרְבָּה:

לֹא, כְּזַי אוֹרְגָּן, קָבְשָׁה, נְעַמְּדָה אָתָּה פָּאוּר,

6. תָּרְבִּיאָה טְבָנָה דְּלָאָת לֹא, הַמְּרַבְּדָה קְדוּשָׁה וְרָם,

שָׁמְרוֹת (טְרִיכָּה).

8. תָּרְבִּיאָה אֲתָּה בְּקָרְבָּה בְּאַלְמָה דְּרַבְּדָה לֹא, בְּרָם

קָדָשָׁה בָּרוּךְ הוּא:

7. תָּרְבִּיאָה טְבָנָה רָאָת 007 הַל (אַמְּבָד אַת דָּלָה)

9. תָּרְבִּיאָה טְבָנָה אַרְגִּים (טְרִיכָּה)

5. תָּרְבִּיאָה רָאָת אֲתָּה בְּקָרְבָּה (טְרִיכָּה)

4. תָּרְבִּיאָה טְבָנָה עֲמָלָה

3. תָּרְבִּיאָה טְבָנָה אֲתָּה בְּקָרְבָּה

2. תָּרְבִּיאָה טְבָנָה גּוֹשְׁטָה לְלִבְנָה

1. תָּרְבִּיאָה טְבָנָה כְּלָמָדָה

לְלִבְנָה, בְּלִבְנָה

קָדָשָׁה טְבָנָה בְּקָרְבָּה בְּאַלְמָה

בְּאַלְמָה בְּקָרְבָּה

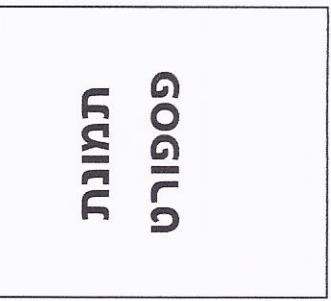
קָדָשָׁה טְבָנָה בְּקָרְבָּה בְּאַלְמָה

קָדָשָׁה טְבָנָה בְּקָרְבָּה בְּאַלְמָה

בְּאַלְמָה
בְּאַלְמָה

GOGILO

תְּאַתָּר



עַכְשָׁוּלָה מְנֻזָּעָה

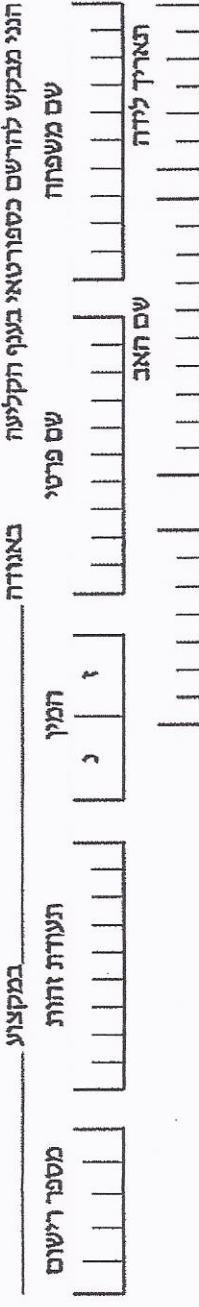
עַכְשָׁוּלָה מְנֻזָּעָה



לְסִינְעָד

עֲשָׂרְבָּה טְבָנָה בְּקָרְבָּה בְּאַלְמָה

בְּאַלְמָה בְּקָרְבָּה בְּאַלְמָה



אַתָּה תְּאַתָּר
אַתָּה תְּאַתָּר

לְסִינְעָד
לְסִינְעָד

תאריך: _____

כתובת: _____

אנו ממליצה על מועדון ריאקטיבס קליער יורי ספורטיבים למתמחים ומשתמשים אמצעי סבבם, כשתהריר ריאקטיבס קליער יורי ספורטיבים וריאקטיבס קליער יורי ספורטיבים.

מדריך מעריך הפתום : _____

מספר תעודות : _____

שיפוט ירי מודשי : _____

תעודת גזם : _____

במידה והליכך תעדות:

אך רשות מופר תעודה (כולל אובייקט ופרוטו)

תעודת יורה : _____

Email 1 : Email 2

Email 1

ቤודה: _____

כלו: _____

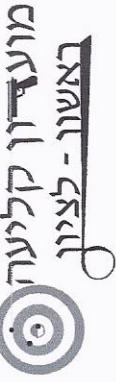
טלפון: _____
טלפון: _____
טלפון: _____

בית 2: _____

טלפון: _____

שם אישים: _____
שם משפחה: _____

תעודת עדכון נתונים דיניים



תאריך _____

לכבוד

התאחדות הקליעה בישראל

הצהרה

אני החתום מטה: _____ ת"ז: _____

מצהיר בזאת כי:

לא הורשעתי / הורשעתني בעבירה פלילית בחמש שנים האחרונות.

הסביר (במידה ויש הרשותה):

.....
.....
.....

הצטרופוטי כספורטאי להתאחדות הקליעה הינה בעיקר לצורך אימוני
קליעה ופעילות ספורטיבית בклיעה במועדון הקליעה, ובמסגרת תחרויות
קליעה בארץ ו בחו"ל.

חתימה

תאריך: _____

לכבוד

התאחדות הקליעה בישראל

הרכזיה

הנדון: אישור השתתפות באימונים ותחרויות קליעה

אני הח"מ _____, אימו/אביו של _____

ת"ז _____ מאשר/ת בזאת את ה가입תו של בני/ביתי
ל"מועדון קליעה ראשון לציון" והשתתפותו/תה בקורס ירי מעשי אשר נערכ
במיטהו/ה _____, באימונים ובחזריות קליעה
למטרה /או ירי מעשי של המועדון ושל התאחדות הקליעה.

מצורף בזה צילום תעודה זההות + ספח עם שם הילד.

בכבוד רב,

שם משפחה ופרט: _____

ת"ז: _____

טלפון: _____