



## אישור רפואי

תאריך \_\_\_\_\_

הריני מאשר ש: \_\_\_\_\_, ת.ז: \_\_\_\_\_.

כשיר מבחינה רפואית להתנדב ככבאי,  
בתחנת כיבוי אש.

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_