



לכבוד
המחלקה לגאוגרפיה וסביבה
אוניברסיטת בר-אילן

שלום רב,

אני הח"מ שם: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____ טל: _____

מאשר בזאת כי ידוע לי כי כחלק מתכנית הלימודים עלי להשתתף בסיורים הכוללים הליכה ומאמץ גופני.

אני מצהיר כי למיטב ידיעתי אין לי כל מגבלה רפואית העלולה למנוע או להגביל את השתתפותי בסיורים אלו וכי אם יודע לי על מגבלה כאמור, אודיע לכם בכתב ולא אשתתף בסיור, אלא אם כן אמציא קודם אשור רפואי להשתתפותי בו. ידוע לי כי במידה שלא אמסור הצהרה זו, **חתומה על ידי, למשרדי המחלקה עד ליום 10.10.2021** אדרש להציג אישור רפואי קונקרטי כתנאי מוקדם להשתתפות בכל סיור.

חתימת הסטודנט: _____

תאריך: _____