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 ייוודע 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 23.10.2023** אדרש להציג אישור רפואי קונקרטי כתנאי מוקדם להשתתפות בכל סיור.

חתימת הסטודנט: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_