



טופס למילוי ע"י רופא (בקשה להארכת זמן בבחינות)

שם פרטי ושם משפחה: _____

מס' ת.ז: _____

בעיה רפואית:

אנמנזה (קצרה):

ממצאים חריגים בבדיקה הגופנית שביצעתי המצדיקים הארכת זמן בבחינות:

תרופות (כולל מינון) המצדיקות הארכת זמן בבחינות:

אבחנה:

הערות:

שם הרופא: _____ מס' רישיון: _____

מומחיות: _____ כתובת המרפאה: _____

טלפון: _____ תאריך: _____