



תאריך: _____

טופס לבדיקת ראייה למועמד ביה"ס לקציני ים עכו

ד"ר נכבד,

נבקשך למלא את הטופס בהתאם לנדרש.

שם התלמיד: _____ גיל: _____

נא לציין ראייה עם תיקון וללא תיקון

ללא תיקון עין ימין	עם תיקון עין ימין	ללא תיקון עין שמאל	עם תיקון עין שמאל
/6	/6	/6	/6

נא לבצע בדיקת צבעים לפי אישיהרה

תקין	ממצא	דרגת עיוורון	תחום צבעים
עיוורון חלקי			
עיוורון מלא			

שם הרופא הבודק וחותמת: _____

תאריך: _____

Email: gilat@kzineyam.org.il

AKKO P.O Box 2066(24100)
TEL 972-4-9851203
FAX 972-4-9916284

ת.ד. 2066 עכו 24100
טל' 04-9851203
פקס 04-9916284