

## בדיקת ראייה

אני הח"מ רופא עיניים/אופטומטריסט ..... מאשר בזאת כי לאחר  
שזיהיתי את גב"/מר ..... לפי תעודת זהות מס' .....  
בדקתי\* את כושר ראייתו(ה) ולהלן תוצאות הבדיקה:

1. כושר הראיה: בלי משקפיים, חדות הראיה עין ימין ..... עין שמאל .....

2. שדה ראייה: מלא ..... לא מלא .....

אין בתוצאות הבדיקה דבר העשוי למנוע ממנו(ה) לשמש כמציל(ה) בבריכת שחייה,  
זאת בידועי כי עבודת המציל (ה) מחייבת צפייה רציפה על הנעשה במימי הבריכה.

חתימת רופא העיניים/האופטומטריסט ..... חותמת ומס' רישיון:

.....

תאריך ..... מקום: .....

\* **הערה:** בדיקת הראיה תבוצע אך ורק במכשירים מהסוגים המפורטים להלן או  
הדומים להם:

סוג המכשיר	היצרן
DYSIII	Keystone
Optec 2500	Stereo Optical, Inc.
Perimeter model T2a-ISR-P	Titmus Optical Inc.