

## אישור רופא משפחה:

1. נתבקשת ע"י \_\_\_\_\_ לאשר את

(שם פרטי+משפחה)

(ת.ז.)

עובדת היותו צמחוני, לצורך קבלת זכאות לנעליים לא מעור כ- צמחוני ע"י צה"ל.

2. סמן את התשובה המתאימה:

הנני מאשר בזה כי הנ"ל מוכר כצמחוני וכי ידוע לי כי אכן אין הוא מקבל תרופות האסורות על טבעונים.

הנני רופא המשפחה של הנ"ל ולא ידוע לי כי הוא צמחוני, ולכן אינני יכול לאשר עובדה זו.

\_\_\_\_\_  
חתימה + חותמת הרופא

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
תאריך