



# טופס בדיקה רפואית – איגוד הכדורעף בישראל

## הצהרה ואישור על ביצוע בדיקות רפואיות לעונת \_\_\_\_\_

### חלק א' – הצהרת הספורטאי/ת

אני הח"מ \_\_\_\_\_ (שם מלא) ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ מקבוצת \_\_\_\_\_ מצהיר/ת בזאת כי:

- בשנה האחרונה מהמועד האחרון לבדיקתי לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי, אשר עלול למנוע ממני אפשרות להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי או לפגוע בהשתתפותי כאמור.
- לצורך חידוש פעילותי בעונה הר"מ נבדקתי ע"י ד"ר \_\_\_\_\_ אשר אישר בפני כי הנני כשיר להשתתף בתחרויות ובאימונים של קבוצתי.
- ידוע והוסבר לי כי נכונות הצהרה זו הינה תנאי לרישומי/חידוש רישומי באיגוד להוצאת כרטיס מתחרה עבורי ולהשתתפותי בתחרויות של קבוצתי.
- אם ייווכח כי הצהרתי הנ"ל כוזבת, יבוטל רישומי באיגוד ואהיה צפוי להעמדה לדין.
- ידוע לי כי הצהרתי זו הינה על אחריותי הבלעדית, וכי האיגוד ו/או מי מטעמו או בשמו אינו ולא יהיה אחראי בכל צורה שהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, בכל מקרה של פציעה ו/או חו"ח פטירה במהלך המשחקים ו/או האימונים.
- חתימתי על הצהרה זו מהווה גם כתב ויתור על סודיות רפואית לטובת האיגוד לגבי כל גוף /או מוסד רפואי ו/או שלטונות צה"ל ו/או כל גוף שלטוני והנני משחררם מחובת שמירה על סודיות רפואית לגבי מצבי הבריאותי ולא תהיינה לי כלפיהם כל טענה ו/או תלונה בגין מסירת מידע ו/או מסמכים לגבי מצבי הבריאותי.

ולראיה באתי על החתום

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

### חלק ב' – (ימולא במקרה והספורטאי/ת קטין/ה)

חתימת הורה ו/או אפוטרופוס במקרה ומדובר בקטין

תאריך \_\_\_\_\_ שם ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת.ז. של ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_  
חתימתנו מהווה הצהרה, התחייבות ואישור לכל האמור בחלק א של הטופס. חתימה של ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_

### חלק ג' – הצהרת הקבוצה/אגודה

אנו הח"מ המורשים לחתום בשם קבוצת \_\_\_\_\_ (שם הקבוצה) מצהירים ומאשרים בזה כי:

- הספורטאי/ת \_\_\_\_\_ (שם הספורטאי/ת) נבדק ע"י ד"ר \_\_\_\_\_ מטעמה של הקבוצה ועבר את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשמ"ח 1988 ולתקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז 1997 ועפ"י תקנון האיגוד.
- הספורטאי/ת נמצא/ה כשיר/ה לשחק בעונת המשחקים \_\_\_\_\_.
- האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של הספורטאי/ת נמצאים בחזקתה של הקבוצה ובמשמרתה.
- כללי הסודיות הרפואיים חלים עלינו בכל הקשור לתוכנם של מסמכים רפואיים אלה.
- אנו מאשרים כי אם ייווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם לאיגוד הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את האיגוד במלוא סכום הפסד ו/או הנזק שיגרמו לו וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של האיגוד.
- ידוע לנו כי אם ייווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת יבוטל רישומי/ה של הספורטאי/ת באיגוד והקבוצה והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.
- האגודה מתחייבת לבטח את הספורטאי/ת על פי חוק הספורט.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם החותם ב"כ הקבוצה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם החותם ב"כ הקבוצה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

חותמת האגודה

### חלק ד' – אישור רופא

אני הח"מ, ד"ר \_\_\_\_\_ מאשר כי ביום \_\_\_\_\_ בדקתי את הספורטאי/ת \_\_\_\_\_ מקבוצת \_\_\_\_\_ כמתחייב מהוראות חוק הספורט התשמ"ח 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז 1997 וכי מצאתיו/יה כשיר/ה רפואית ללא כל הגבלה לפעילות ספורטיבית כספורטאי/ת לעונת המשחקים \_\_\_\_\_.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא/ה: \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_ חותמת: \_\_\_\_\_

חותמת התחנה לרפואת ספורט