



הצהרה ואישור על ביצוע בדיקות רפואיות
לעונת 2019/20

הטופס המקורי לכן - נשאר בידי האיגוד
העתק הטופס הודרד - נשאר בידי האגודה

חלק א' - הצהרת השחיין/נית
הפועל עמק חפר
שחייה 1233

אני הח"מ, (שם מלא) ת.ז. _____ תאריך לידה _____ מאגודת _____

מצהיר/ה בזאת כי:

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

תאריך _____ ולראיה באתי על החתום: חתימת השחיין/נית: _____

חלק ב' - ימולא במקרה והשחיין/נית קטין/נה
חתימת הורה ו/או אפוטרופוס במקרה ומדובר בקטין/נה.

תאריך _____ שם ההורה/אפוטרופוס _____ ת.ז. של ההורה/אפוטרופוס _____

חתימתו מהווה הצהרה, התחייבות ואישור לכל האמור בחלק א' של הטופס. חתימה של ההורה/אפוטרופוס: _____

חלק ג' - הצהרת האגודה
הפועל עמק חפר
שחייה 1233

אנו הח"מ המורשים לחתום בשם אגודת _____ (שם האגודה) מצהירים ומאשרים כי:

- השחיין/נית _____ (שם מלא) נבדק ע"י ד"ר _____ מטעמה של האגודה ועבד את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשס"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 ועפ"י תקנון איגוד השחייה בישראל.
- השחיין/נית עברו בדיקה (ישום את תאריך הבדיקה) _____ (א) תקופתית _____ (ב) גופנית כללית _____ (ג) ארגומטרית _____
- השחיין/נית נמצאת כשיר/ה להתחרות בשחייה בעונת התחרויות האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של השחיין/נית נמצאים בחסותה של האגודה ובמשמרתה.
- כללי הסודיות הרפואית הלים עלינו בכל הקשור לתכנס של מסמכים רפואיים אלה.
- אנו מאשרים כי איגוד השחייה בישראל ו/או מי מטעמו או בשמו אינו ולא יהיה אחראי בכל צורה שהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, בכל מקרה של פציעה ו/או מחלה ו/או חוי"ח פטירה של השחיין/נית במהלך התחרויות ו/או האימונים ואנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום הפסד ו/או הנזק שירמנו לו, אם יהוייב בתשלום כלשהו בגין פציעה ו/או מחלה ו/או חוי"ח פטירה של השחיין/נית, וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של איגוד השחייה בישראל.
- מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 6 לעיל, אם ייווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם באיגוד השחייה בישראל הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום הפסד ו/או הנזק שירמנו לו, וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של איגוד השחייה בישראל.
- ידוע לנו כי אם יוכח שההצהרה הנ"ל כוזבת יבוטל הרישום של השחיין/נית באיגוד השחייה בישראל והאגודה והח"מ יחיו צפויים להעמדה לדין משמעתי

תאריך _____ שם החתום _____ חתימת ב"כ האגודה _____

שם החתום _____ חתימת ב"כ האגודה _____

הפועל עמק חפר
שחייה 1233
חותמת האגודה

חלק ד' - אישור רופא
הפועל עמק חפר
שחייה 1233

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר כי ביום _____ בדקתי את השחיין/נית _____ מאגודת _____ בדיקה תקופתית _____ גופנית כללית _____ ארגומטרית _____ (סמן x במקום המתאים)

כמתחייב מהוראות חוק הספורט התשס"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 וכי מצאתי/ה כשיר/ה ללא כל הגבלה לפעילות כשחיין/נית לעונת התחרויות.

תאריך _____ שם הרופא האחראי _____ מס' רישון _____ חותמת הרופא האחראי _____ חתימה _____

חותמת התחנה לרפואת ספורט

איגוד השחייה בישראל מכון - וועידות, תנח"מ 42902
טל 8851970 09 8639464 09 פקס 8851949 09