

# טופס רישום ובדיקה רפואית - איגוד הכדורעף



לענות

## חלק א' - הצהרת הספורטאי/ת

שם מלא: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

הנני ספורטאי חדש המבקש להירשם באגודת \_\_\_\_\_ (נא לסמן X בתיבה).

אני הח"מ מקבוצת \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת כי:

1. מהמועד האחרון לבדיקתי לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי, אשר עלול למנוע ממני או לפגוע באפשרותי להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
2. לצורך חידוש פעילותי נבדקתי ע"י הרופא הר"מ (ראה חלק ד'), אשר אישר בפני כי הנני כשיר להשתתף בתחרויות ובאימונים של קבוצתי.
3. ידוע והוסבר לי כי נכונות הצהרה זו הינה תנאי לרישומי/חידושי רישומי באיגוד להוצאת כרטיס מתחרה עבורי ולהשתתפותי בתחרויות של קבוצתי.
4. אם ייווכח כי הצהרתי הנ"ל כוזבת, יבוטל רישומי באיגוד ואהיה צפוי להעמדה לדין.
5. 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.
6. 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.
7. ידוע לי ואני מסכים/מה כי פרטי הכוללים שם, תאריך לידה, וכן תמונתי יפורסמו בפרסומי הליגות לרבות באתר האינטרנט של איגוד הכדורעף.

ולראיה באתי על החתום: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

## חלק ב' - (ימלא ע"י הורה ו/או אפטרופוס במקרה והספורטאי/ת קטין/ה)

- חתימתנו מהווה הצהרה, התחייבות ואישור לכל האמור בחלק א' של הטופס.
- ידוע לי ואני מסכים/מה כי פרטי בני/בתי הכוללים שם, תאריך לידה, וכן תמונתו/ה יפורסמו בפרסומי הליגות לרבות באתר האינטרנט של איגוד הכדורעף.

שם ההורה/אפטרופוס: \_\_\_\_\_ ת.ז. של ההורה/אפטרופוס: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה של ההורה/אפטרופוס: \_\_\_\_\_

## חלק ג' - הצהרת האגודה (ימלא ע"י מורשה/ת חתימה של האגודה כפי שמופיע ברישומי איגוד הכדורעף)

- אנו הח"מ מבקשים לרשום את הספורטאי/ת הר"מ (ראה חלק א') בקבוצת \_\_\_\_\_ באגודתנו ומצהירים ומאשרים בזה כי:
1. הספורטאי/ת הר"מ נבדק ע"י הרופא הר"מ (ראה חלק ד') ועבר את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשמ"ח 1988 ולתקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז 1997 ועפ"י תקנון האיגוד.
  2. הספורטאי/ת נמצאה כשירה לשחק בעונת המשחקים הר"מ.
  3. האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של הספורטאי/ת נמצאים בחזקתה של הקבוצה ובמשמרתה.
  4. כללי הסודיות הרפואיים חלים עלינו בכל הקשור לתוכנם של מסמכים רפואיים אלה.
  5. אנו מאשרים כי אם ייווכח שהצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם לאיגוד הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את האיגוד במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של האיגוד.
  6. ידוע לנו כי אם ייווכח שהצהרה הנ"ל כוזבת יבוטל רישומי/ה של הספורטאי/ת באיגוד והקבוצה והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.
  7. האגודה מתחייבת לבטח את הספורטאי/ת על פי חוק הספורט.

חותמת האגודה

תאריך: \_\_\_\_\_

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

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

## חלק ד' - אישור רופא

אני הח"מ מאשר כי בדקתי את הספורטאי/ת \_\_\_\_\_ מאגודת \_\_\_\_\_, כמתחייב מהוראות חוק הספורט התשמ"ח 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז 1997 וכי מצאתיו/יה כשירה/רפואית

ללא כל הגבלה לפעילות ספורטיבית כספורטאי/ת לעונת המשחקים \_\_\_\_\_.

חותמת התחנה לרפואת ספורט

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

חתימת הרופא: \_\_\_\_\_ חותמת הרופא: \_\_\_\_\_