



הצהרה ואישור על ביצוע בדיקות רפואיות

לעונת _____

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

חלק א' - הצהרת השחיין/נית

אני הח"מ, _____ (שם מלא) ת.ז. _____ תאריך לידה _____ מאגודת _____ מצהיר/ה בזאת כי:

- בשנה האחרונה ממועד האחרון לבדיקתי לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי, 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 משתרם 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' (ימלא במקרה השחיין/נית קטין/נה)

חתימת הורה ו/או אפוטרופוס במקרה ומדובר בקטין/נה.

תאריך _____ שם ההורה/אפוטרופוס _____ ת.ז. של ההורה/אפוטרופוס: _____
חתימת הורה/אפוטרופוס: _____

חתימתנו מהווה הצהרה, התחייבות ואישור לכל האמור בחלק א' של הטופס.

חלק ג' - הצהרת האגודה

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

- השחיין/נית _____ (שם מלא) נבדק ע"י ד"ר _____ מטעמה של האגודה ועבר את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשס"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 ועפ"י תקן איגוד השחייה בישראל.
- השחיין/נית עברו בדיקה ורשום את תאריך הבדיקה _____ (א) תקופתית _____ (ב) גופנית כללית _____ (ג) ארנומטרית _____
- השחיין/נית נמצא/ת כשיר/ה להתחרות בשחייה בעונת התחרויות _____
- האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של השחיין/נית נמצאים בחסותה של האגודה ובשמירתה.
- כללי הסודיות הרפואית חלים 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 ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו, אם יחוייב 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 שהצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם כאיגוד השחייה בישראל הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו, וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של איגוד השחייה בישראל.
- ידוע לנו כי אם יוכח שהצהרה הנ"ל כוזבת יבוטל הרישום של השחיין/נית באיגוד השחייה בישראל והאגודה והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.

תאריך _____ שם החותם: _____ חתימת בי"כ האגודה: _____
שם החותם: _____ חתימת בי"כ האגודה: _____ חותמת האגודה

חלק ד' - אישור רופא

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר כי כיום _____ בדקתי את השחיין/נית _____ מאגודת _____ בדיקה תקופתית _____ גופנית כללית _____ ארנומטרית _____ (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: _____ מסי רשיון: _____
חותמת הרופא האחראי: _____ חתימה: _____

חותמת התחנה לרפואת ספורט _____ איגוד השחייה בישראל מבחן - וינגייט, טלנ"ח 62902
טל 09-8851970, 09-8639444, 09-8851969

