



# הצהרה ואישור על ביצוע בדיקות רפואיות

לענות \_\_\_\_\_

הטופס המקורי **לבן** - נשאר בידי האיגוד  
העתק הטופס **הדוד** - נשאר בידי האגודה

## חלק א' - הצהרת השחיין/נית

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

- בשנה האחרונה ממועד האירון 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 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 ואתיה צפויה 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 חריח מטירה 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' (נמלא במקרה והשחיין/נית כשיר/נית)

חתימת הורה ו/או אפוטרופוס במקרה ומדובר בקטין/נה

תאריך: \_\_\_\_\_ שם ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת.ז. של ההורה/אפוטרופוס \_\_\_\_\_  
חתימה של ההורה/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 התשמי"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 ועפ"י תקנון איגוד השחייה בישראל.
- השחיין/נית עברו בדיקה ורישום את תאריך הבדיקה (א) תקופתית \_\_\_\_\_ (ב) גופנית כללית \_\_\_\_\_ (ג) ארגומטרית \_\_\_\_\_
- השחיין/נית נמצא/ה כשיר/ה להתחרות בשחייה בעונת התחרויות.
- האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של השחיין/נית (נמצאים בחסותה של האגודה ובמשמרתה כללי הסודיות הרפואית חלים עלינו בכל הקשור לתכנון 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 חריח מטירה של השחיין/נית במהלך התחרויות ו/או האימונים ואנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו, אם יהיו יב בתשלום כלשהו בגין פציעה ו/או מחלה ו/או חריח מטירה של השחיין/נית, וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של איגוד השחייה בישראל.
- מכלי לגרוע מהאמור בסעיף 6 לעיל, אם ייווכח שהצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך ירסם באיגוד 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 החתום \_\_\_\_\_ חתימת בי"כ האגודה \_\_\_\_\_

חתימת האגודה

שם החתום \_\_\_\_\_ חתימת בי"כ האגודה \_\_\_\_\_

## חלק ד' - אישור רופא

אני הח"מ ד"ר \_\_\_\_\_ מאשר כי ביום \_\_\_\_\_ בדקתי את השחיין/נית \_\_\_\_\_ (שמו א. במקום המתאים) בדיקה תקופתית \_\_\_\_\_ גופנית כללית \_\_\_\_\_ ארגומטרית \_\_\_\_\_ (שמו א. במקום המתאים) כמתחייב מהוראות חוק הספורט התשמי"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 וכי מצאתיו/ה כשיר/ה ללא כל הגבלה לפעילות כשחיין/נית לעונת התחרויות.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא הארצי \_\_\_\_\_ מסי רישון \_\_\_\_\_  
חתימת הרופא הארצי \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

חתימת התחנה לרפואת ספורט

אגודת השחייה בישראל סניף וינייט, תל אביב 6102002  
טל: 08-6871710, פקס: 08-6871768