



## טופס איגוד הכדור מים

### הצהרה

#### חלק א'

אני הח"מ \_\_\_\_\_ (שם מלא) ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

מקבוצת \_\_\_\_\_ מצהיר בזאת כי:

1. בשנה האחרונה ממעד אחרון לבדיקתי, לא חל כל שינוי במצבי הבריאות, אשר עלול למנוע ממני אפשרות להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
2. למטרך חידוש פעילותי בטונה הר"מ נבדקתי על-ידי ד"ר \_\_\_\_\_ אשר אישר בפני, כי הוגי כשיר להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
3. ידוע והוסבר לי, כי נכונות הצהרה זו הינה תמאי לרישומי/חיזוש רישומי באיגוד להוצאת כרטיס ליגה עבורי ולהשתתפותי במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
4. אם יזכר כי הצהרתי הנ"ל כוזבת, יבוטל רישומי באיגוד ואהיה צפוי להעמדה לדין משמעתי.
5. ידוע לי כי הצהרתי זו על אחריותי הבלעדית, וכי איגוד הכדור מים בישראל הן או מי מטעמו או בשמו אינו ולא יהיה אחראי בכל צורה שהיא, בין במשרון ובין עקסיין, בכל מקרה של פגיעה ולא מחלה ולא תל"ח פטירה במהלך המשחקים ולא האימונים.

#### ולראיה באתי על החתום:

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת השחקן \_\_\_\_\_

**חלק ב'** (ימולא במקרה השחקן קטין) - חתימת הורה ולא אפוסטרופוס במקרה ומדובר בקטין.

תאריך \_\_\_\_\_ שם ההורה/אפוסטרופוס \_\_\_\_\_ ת.ז. של ההורה/אפוסטרופוס \_\_\_\_\_

חתימת ההורה/אפוסטרופוס \_\_\_\_\_

#### חלק ג' הצהרת הקבוצה

אני הח"מ המורשים לחתום בשם \_\_\_\_\_ אגודת \_\_\_\_\_ מצהירים ומאשרים בזה כי:

1. השחקן \_\_\_\_\_ נבדק על-ידי רופא מוסמך מהתחנה לרפואת הספורט (בדיקות רפואיות) התשע"ד-2014 ועפ"י תקנון איגוד הכדור מים בישראל.
2. השחקן נמצא כשיר לשחק כדור מים בשנות המשחקים \_\_\_\_\_
3. אנו מאשרים כי אם יזכר שהצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם לאגוד הכדור מים הפסד ולא נזק, אנו מתחייבים לשפות את האיגוד במלוא סכום ההפסד ולא הנזק שיגרמו לו וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של האיגוד.
4. ידוע לנו כי אם יזכר שהצהרה הנ"ל כוזבת, יבוטל רישומי של השחקן באיגוד והקבוצה והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת ב"כ האגודה \_\_\_\_\_

שם החתום \_\_\_\_\_ חותמת האגודה \_\_\_\_\_

#### חלק ד' אישור רופא

אני הח"מ ד"ר \_\_\_\_\_ מאשר כי ביום \_\_\_\_\_ בדקתי את השחקן \_\_\_\_\_ מאגודת \_\_\_\_\_

במתחייב מהוראת חוק הספורט התשמ"ח 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשע"ד-2014 וכי מצאתי כשיר ללא הגבלה לפעילות כשחקן לעונת המשחקים.

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

השחקן: \_\_\_\_\_

1. לאיגוד \_\_\_\_\_
2. לקבוצה (לאחר אישור הבדיקה באיגוד עם חותמת האיגוד) \_\_\_\_\_ חותמת התחנה לרפואת ספורט \_\_\_\_\_