



ההתאחדות לכדורגל בישראל

www.football.org.il

הצהרה ואישור על ביצוע בדיקה רפואית
וקיום כיסוי ביטוחי לעונת 2016/17

1. הצהרת השחקן:
אני הח"מ מצהיר בזאת כי:

1. בשנה האחרונה, מאז בדיקתי האחרונה לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי, אשר עלול למנוע ממני אפשרות להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
2. לצורך חידוש פעילותי בעונה הר"מ נבדקתי ע"י ד"ר _____, אשר אישר בפני, כי הנני כשיר להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
3. ידוע והוסבר לי, כי נכונות הצהרה זו הינה תנאי לרישומי/חידוש רישומי בהתאחדות, להוצאת כרטיס ליגה עבורי ולהשתתפותי במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
4. אם ייווכח כי הצהרתי הנ"ל כוזבת יבוטל רישומי בהתאחדות ואהיה צפוי להעמדה לדין משמעתי.
5. ידוע לי, כי הצהרתי זו הינה על אחרייתי הבלעדית, וכי ההתאחדות לכדורגל ו/או מי מטעמה או בשמה אינה ולא תהיה אחראית בכל צורה שהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, בכל מקרה של פציעה ו/או מחלה ו/או פטירה במהלך המשחקים ו/או האימונים.
6. חתימתי על הצהרה זו מהווה גם כתב ויתור על סודיות רפואית לטובת ההתאחדות לכדורגל לגבי כל גוף ו/או מוסד רפואי ו/או שלטונות צה"ל ו/או כל גוף שלטוני אחר והנני משחרר 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 הרפואי.
7. אני הח"מ מצהיר ומאשר כי הובאו לידיעתי והוסברו לי ע"י נציג הקבוצה הרשומה לעיל תנאי וסכומי הכיסוי הביטוחי המוצא עבורי באמצעות הקבוצה והינם לשביעות רצוני המלאה ולא תהיינה לי כלפי הקבוצה ו/או כלפי ההתאחדות טענות ו/או תביעות כלשהן בקשר לכך.
- הובהר לי, כי כל שאמצא לנכון להגדיל את סכומי הכיסוי הביטוחי, מעבר לכיסוי המוצא על ידי הקבוצה, אעשה זאת בעצמי ועל חשבוני.

שם פרטי	שם משפחה	שם פרטי בלועזית	שם משפחה בלועזית
תעודת זהות	תאריך לידה	ארץ לידה	טלפון
טלפון סלולארי		דוא"ל - E-Mail	
מס' קבוצה:	שם הקבוצה:	קבוצת גיל:	
תאריך חתימה:		חתימה:	

- ☐ הנני מסכים/מסכימה ומאשר/ת שההתאחדות לכדורגל בישראל תשלח לי פרסומות, מידע, הזמנות לרכישת מוצרים וחומרים שיווקיים.
2. חתימת ההורה/אפוטרופוס: (לשחקנים מתחת לגיל 18 שנה)
אני הח"מ אביו/אמיו/אפוטרופסו (מחק את המיותר) החוקי של השחקן מאשר בזאת את נכונות פרטי השחקן הרשומים לעיל (סעיף 1), פרטי ההצהרה על ביצוע בדיקה רפואית וקיום כיסוי ביטוחי כפי שהוצהר בסעיף 1.
כמו כן, אני נותן בזאת את הסכמתי מראש לכך שההתאחדות, במסגרת בדיקות סמים ותכשירים ממריצים שהיא מבצעת בקרב שחקני הקבוצות, תוכל לערוך בדיקה, כאמור, גם אצל בני והוא יתייצב לבדיקה עפ"י הנדרש.

שם פרטי ומשפחה	מס' תעודת זהות	חתימה	תאריך חתימה

3. הצהרת הקבוצה

- אנו הח"מ המורשים לחתום בשם הקבוצה הרשומה לעיל, מצהירים ומאשרים בזה כדלקמן:
1. השחקן הרשום לעיל, נבדק ע"י ד"ר _____ מטעמה של הקבוצה ועבר את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשמ"ח 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 ועפ"י תקנון ההתאחדות לכדורגל בישראל.
2. השחקן נמצא כשיר לשחק כדורגל בעונת המשחקים 2016/17
3. האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של השחקן נמצאים בחזקתה של הקבוצה ובשמירתה.
4. כללי הסודיות הרפואית חלים עלינו בכל הקשור לתוכנם של מסמכים רפואיים אלה.
5. אנו מאשרים כי ההתאחדות לכדורגל ו/או מי מטעמה או בשמה אינה ולא תהיה אחראית בכל צורה שהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, בכל מקרה של פ ו/או פטירה של השחקן במהלך המשחקים ו/או האימונים ואנו מתחייבים לשפות את ההתאחדות במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לה, אם תחוייב בתשלום כלשהו בגין פציעה ו/או מחלה ו/או פטירה של השחקן, וזאת מיד עם דרישתה הראשונה של ההתאחדות.
6. מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 5 לעיל, אם ייווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם להתאחדות הפסד או נזק, אנו מתחייבים לשפות את ההתאחדות במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לה וזאת מיד עם דרישתה הראשונה של ההתאחדות.
7. הובא לידיעת השחקן תנאי וסכומי הכיסוי הביטוחי אשר הוצא עבורו באמצעות הקבוצה והובהר לו כי הוא רשאי, אם ימצא לנכון, להגדיל על חשבוננו, את סכומי הכיסוי הביטוחי מעבר לכיסוי שהוצא באמצעות הקבוצה.
8. ידוע לנו כי אם ייווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת יבוטל רישומי של השחקן בהתאחדות, והקבוצה והשחקן הנ"ל יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.

תאריך:	שם החותם:	חותמת הקבוצה
חתימת ב"כ הקבוצה:		

4. אישור רפואי

אני הח"מ מאשר כי בדקתי את השחקן הרשום בסעיף 1 (הצהרת השחקן), כמתחייב מהוראות חוק הספורט התשמ"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) - 1997 וכי מצאתיו כשיר ללא כל הגבלה לפעילות כשחקן כדורגל בעונת המשחקים 2016/17 ובפרגה שאחריה.

שם הרופא:	מס. רישיון:	חותמת התחנה לרפואת ספורט
תאריך בדיקה:	חתימה וחותמת הרופא:	