



הצהרה ואישור על ביצוע בדיקות רפואיות

לעונת _____

הטופס המקורי **לבן** - נשאר בידי האיגוד
העתק הטופס **הורד** - 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 משמעותי.
 - 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 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.

ולראיה באתי על החתום:

חתימת השחיין/נית: _____

תאריך: _____

חלק ב' (ימולא במקרה והשחיין/נית קטין/נה)

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 התש"מ"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 ועפ"י תקנון איגוד השחייה בישראל.
 - השחיין/נית עברו בדיקה (רשום את תאריך הבדיקה) _____ (א) תקופתית: _____ (ב) גופנית כללית: _____ (ג) ארגומטרית: _____
 - השחיין/נית נמצא/ת 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 לתכנם 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 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 משמעותי.

תאריך: _____ שם החותם: _____ חתימת ב"כ האגודה: _____

חותמת האגודה

שם החותם: _____ חתימת ב"כ האגודה: _____

חלק ד' - אישור רופא

- אני הח"מ ד"ר _____ מאשר כי ביום _____ בדקתי את השחיין/נית _____ מאגודת _____ בדיקה תקופתית _____ גופנית כללית _____ ארגומטרית _____ (סמן x במקום המתאים) כמתחייב מהוראות חוק הספורט התש"מ"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 האחראי: _____ מס' רשיון: _____
- חותמת הרופא האחראי: _____ חתימה: _____

חותמת התחנה לרפואת ספורט

איגוד השחייה בישראל מכון וינגייט, נתניה 42902
טל 09-8851970, 09-8639464 פקס 09-8851969