



טופס בדיקה רפואית | איגוד הכדורשת הישראלי

אישור על ביצוע בדיקות רפואיות לעונה:

חשוב: לתשומת לב השחקנית

1. הבדיקה תעשה בתחנת ספורט מאושרת ע"י משרד הבריאות. לא תתקבל בדיקה שתבוצע במכונים שונים כמו מכוני לב של קופות חולים/בתי חולים או בדיקות סקר ואחרים.
2. תאריך הבדיקה יהיה החל מחודש יולי בעונת הפעילות המסתיימת.
3. רופא הספורט הוא הגורם המאשר כשירותך. בפניך, להשתתף בתחרויות ובאימונים של הקבוצה, וזאת כתנאי לרישום, ביטוח באיגוד, להוצאת כרטיס שחקנית ולהשתתפות בתחרויות הקבוצה. הבדיקה תערך ותחתם ע"י רופא ספורט. הטופס תקף רק אם הוטבעה עליו חותמת הרופא הבודק, המכון ותאריך. הטופס יהיה חסר תוקף ובטל אם יבוצע בו שינוי ו/או תיקון כלשהם.
4. העברת מסמך זה לאיגוד כמוהו כהצהרה כי לא חל כל שינוי במצב בריאותך, אשר עלול למנוע ממך אפשרות להשתתף באימונים ובמשחקים של קבוצתך.
5. מובהר כי תנאי להשתתפותך בפעילות הספורט הוא ביצוע בדיקה רפואית על פי חוק הספורט ורכישת ביטוח בכפוף לחוק הספורט (תנאים מצטברים). תנאי וסכומי כיסוי הביטוח שהינך רוכשת עבור פעילותך באיגוד הכדורשת הינם לשביעות רצונך המלאה ולא תהיינה לך טענות ו/או תביעות כלשהן בקשר לכך. כל הגדלת סכומי הכיסוי הביטוחי מעבר לכיסוי המוצע ע"י האיגוד יעשו בעצמך ועל חשבונך.

אישור רפואי

אני הח"מ מאשר כי בדקתי את השחקנית הר"מ, כמתחייב מהוראות חוק הספורט התשמ"ח 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשע"ד 2014

שם + שם משפחה	ת.ז.	שנת לידה	גיל	שם קבוצה	ליגה

וכי מצאתי אותה כשירה רפואית ללא כל הגבלה לפעילותה כשחקנית כדורשת בעונת המשחקים ובפגרה שאחריה.

שם הרופא:	מס' רשיון, חתימה וחותמת הרופא:	חותמת התחנה לרפואת ספורט:
תאריך הבדיקה:		