



## הצהרה ואישור על ביצוע בדיקות רפואיות

לענות \_\_\_\_\_

הטופס המקורי לכן - נשאר בידי האגודה  
העתק הטופס הודרד - 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 האררון 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 משמעתי.
- ידוע לי, כי הצהרתי זו הינה על אחריותי הבלעדית, וכי איגוד השחייה בישראל ו/או מטעמו או בשמו אינו ולא יהיה אחראי ככל צורה שהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, בכל מקרה של פציעה ו/או מחלה ו/או חריח פטירה במהלך התחרויות ו/או האימונים.
- חתימתי על הצהרה זו מהווה גם כתב ויתור על סודיות רפואית לטובת איגוד השחייה בישראל לנבי כל גוף ו/או מוסד רפואי ו/או שלטונות צה"ל ו/או כל גוף שלטוני והנני משחררם מחובת שמירה של סודיות רפואית לנבי מצבי הבריאותי ולא תהיינה לי כלפיהם כל טענה ו/או תלונה בגין מסירת מידע ו/או מסמכים לנבי מצבי הבריאותי.

תאריך: \_\_\_\_\_ ולראיה באתי על החתום: חתימת השחיין/נית: \_\_\_\_\_

### חלק ב' (ימלא 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 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/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 ככל צורה שהיא, בין במישרין ובין בעקיפין, בכל מקרה של פציעה ו/או מחלה ו/או חריח פטירה של השחיין/נית במהלך התחרויות ו/או האימונים ואנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום ההפסד ו/או הנוק שיגרמו לו, אם יהוייב בתשלום כלשהו בגין פציעה ו/או מחלה ו/או חריח 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 ירסם באיגוד השחייה בישראל הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום ההפסד ו/או הנוק 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 כ"כ האגודה: \_\_\_\_\_  
חתימת כ"כ האגודה: \_\_\_\_\_ חתימת האגודה: \_\_\_\_\_

### חלק ד' - אישור רופא

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

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא האחראי: \_\_\_\_\_ מסי רשיון: \_\_\_\_\_  
חתימת הרופא האחראי: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

חתימת התחנה לרפואת ספורט

איגוד השחייה בישראל סניף - וינגייט, תל אביב 61002  
טל: 08-6851970, 08-6851944, 08-6851949