

לכבוד
התאחדות הכדורת בישראל

הנדון: הצהרת בריאות

- 1 עפ"י חוק הספורט חלה חובה על ספורטאי לבצע בדיקה רפואית תקופתית בתחנה מורשית לבדיקת ספורטאים כתנאי לאישור כשירותו להשתתף בתחרויות.
- 2 עם השנים עודכן חוק הספורט ובהתאם לתקנות הספורט (בדיקות רפואיות), נעשו מספר שינויים בהנחיות, כגון ביטול החובה לבצע בדיקה ארגומטרית לשחקנים בענף הבאולינג.
- 3 נקבע כי שחקני ענף הבאולינג ישוחררו מבדיקה הרפואית התקופתית כל שנה במכון מורשה לבדיקת ספורטאים, והבדיקה הרפואית האחרונה, התקפה, שהועברה לה.כ.י תהווה אישור רפואי תקף עד שהשחקן חלה, כמוגדר להלן:
- 4 בנוסף, נקבע בתקנות כי **חובת הספורטאי** להציג "בדיקה גופנית כללית" ממכון מורשה לבדיקת ספורטאים (כפי שמוגדר בתקנות הספורט) לאחר שהחלים ממחלה שבמהלכה זוהה ממצא פתולוגי או חשד לממצא כאמור ו/או לאחר שחלה במחלת חום שבעטייה אושפז. ביצוע בדיקה ארגומטרית במקרה זה, נתון לשיקול דעתו של הרופא הבודק.
- 5 כל ספורטאי חדש המצטרף לפעילות ה.כ.י חלה עליו החובה להציג בדיקה רפואית תקפה ממכון מורשה לבדיקת ספורטאים לפי חוק הספורט.

הצהרת הספורטאי:

- אני החתום מטה מצהיר/ה בזאת כי קראתי והבנתי את האמור, אשמע להוראות החוק.
- אני החת"מ מתחייב לדווח על מחלה שחליתי מאז הצהרתי הקודמת, המחייב בדיקה ואישור כאמור בסעיף 4 לעיל. ואציג לה.כ.י, טרם חזרתי לפעילות, בדיקה רפואית תקפה חדשה כנידרש.
- אני החתום מטה מצהיר/ה לא חל שינוי במצב בריאותי מאז הצהרתי הקודמת, כי מצב בריאותי תקין, איני סובל/ת מבעיה רפואית שמונעת ממני להשתתף בפעילות הספורטיבית, ואני מתחייב/ת לעדכן את התאחדות הכדורת בישראל על כל שינוי במצב בריאותי בעתיד.

פרטים אישיים:

שם משפחה _____ שם פרטי _____
תעודת זהות _____ תאריך לידה _____
כתובת _____ עיר _____
מייל _____ @ _____
טלפון _____ תאריך מילוי הטופס _____
חתימת הספורטאי ממלא הטופס _____

דף 1 מתוך 1 "העמותה נתמכת ע"י משרד התרבות והספורט".

כתובתנו : סמילנסקי 12 רחובות טלפון : + 972-54-5670579 Phone:

כתובתנו באינטרנט: E-mail: ibf@zahav.net.il

אתר ה.כ.י.: www.ibf.org.il IBF web site: האתר האירופי: www.etbf.dk Ez web site: