



איגוד הכדורסל בישראל
ISRAEL BASKETBALL ASSOCIATION

לתשומת לבכם !!

נא להמציא שני העתקים מטופס זה

(בעת מסירת טופס הבדיקה לאיגוד)

טופס בדיקה רפואית

הצהרה

לעונת _____

הצהרת השחקן _____

חלק א'

אני הח"מ, _____ (שם מלא) ת.ז. _____ תאריך לידה _____ מקבוצת _____ מצהיר בזאת כי:

- בשנה האחרונה ממועד האחרון לבדיקתי, לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי, אשר עלול למנוע ממני אפשרות להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
- לצורך חיזוש פעילותי בעונה הר"מ נבדקתי ע"י ד"ר, _____ אשר אישר בפני, כי הנני כשיר להשתתף במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
- ידוע והוסבר לי, כי נכונות הצהרה זו הינה תנאי לרישומי/חידוש רישומי באיגוד להוצאת כרטיס ליגה עבורי ולהשתתפותי במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
- אם יוכח כי הצהרתי הנ"ל כוזבת, יבוטל רישומי באיגוד ואהיה צפוי להעמדה לדין משמעתי.
- ידוע לי, כי הצהרתי זו על אחריותי הבלעדית, וכי איגוד הכדורסל 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 חו"ח פטירה במהלך המשחקים ו/או האימונים.
- חתימתי על הצהרה זו, מהווה גם כתב ויתור על סודיות רפואית לטובת איגוד הכדורסל בישראל לגבי כל גוף ו/או מוסד רפואי ו/או שלטונות צה"ל ו/או כל גוף שלטוני, הנני 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.
- בחתימתי זו, הנני מסכים בזאת כי שמי, תאריך הלידה, מס' תעודת הזהות שלי ותמונתי, יפורסמו בפרסומי הליגות לרבות באתר האינטרנט של איגוד הכדורסל.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת השחקן _____

חלק ב' (ימולא במקרה והשחקן קטיין)

חתימת הורה ו/או אפוטרופוס במקרה ומדובר בקטיין

תאריך _____ שם ההורה/אפוטרופוס _____ ת.ז. של ההורה/אפוטרופוס _____ חתימת ההורה/אפוטרופוס _____

חלק ג' הצהרת הקבוצה

אנו הח"מ המורשים לחתום בשם קבוצת _____ (שם הקבוצה) מצהירים ומאשרים בזה כי:

- השחקן _____ (שם השחקן) 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 1977 - ועפ"י תקנון איגוד הכדורסל בישראל.
- השחקן נמצא כשיר לשחק כדורסל בעונת המשחקים _____.
- האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של השחקן נמצאים בחזקתה של הקבוצה ובמשמרתה.
- כללי הסודיות הרפואיות חלים עלינו בכל הקשור לתכנם של המסמכים רפואיים אלה.
- אנו מאשרים כי אם יוכח שהצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם לאיגוד הכדורסל הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את האיגוד במלוא סכום הפסד ו/או הנזק שיגרמו לו וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של האיגוד.
- ידוע לנו כי אם יוכח שהצהרה הנ"ל כוזבת, יבוטל רישומי של השחקן באיגוד והקבוצה והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.

תאריך _____ חתימת ב"כ הקבוצה _____

שם החותם _____ חותמת הקבוצה _____

חלק ד' אישור חפא

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר כי ביום _____ בדקתי את השחקן _____ מקבוצת _____ כמתחייב מחוק הספורט התשמ"ח 1988 - ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1977 וכי מצאתיו כשיר ללא הגבלה לפעילות כשחקן לעונת המשחקים _____

תאריך _____ שם הרופא _____ מספר רשיון _____ חתימה _____ חותמת _____

העתקים:

1. לאיגוד

2. לקבוצה (לאחר אישור הבדיקה באיגוד עם חותמת האיגוד)

חותמת התחנה לרפואת ספורט _____

A-8