



הצהרת בריאות | קבוצה

לכבוד
איגוד הכדורשת הישראלי

תאריך _____

הצהרת בריאות לקבוצת: _____ לאירוע: _____

תאריך:	מקום הפעילות וכתובת:	אחראי פעילות במקום: (שם ראש קבוצה / מארגן הפעילות)
	מהות הפעילות (הקיפי בעיגול): אימון נסיון / טורניר / פעילות חד פעמית	
שם איש קשר וטלפון למקרה חירום:		

- הנני מצהירה כי אני במצב פיזי טוב, כי אינני סובלת מבעיות רפואיות העלולות להתעורר כתוצאה מהפעילות הצפויה וכי אני מסוגלת לעסוק בפעילות, וכאמור לא צפוי שתפגע בבריאותי, בטחוני, נוחיותי או מצבי הפיזי.
- השתתפתי בטורניר / אימון נסיון / פעילות חד פעמית או כל פעילות אחרת בכדורשת, הינה באחריותי הבלעדית ואין ל"איגוד הכדורשת הישראלי" / או מי מטעמו אחריות לנזק גופני כלשהו העלול להיגרם מכך.
- ידוע לי כי במידה ואחליט להצטרף לפעילות באופן קבוע יהיה עלי להמציא אישור ממכון ספורט מורשה על פי חוק הספורט.
 - ידוע לי כי חל איסור להתאמן בעת פציעה או תחת השפעת תרופות.
 - הנני מצהירה ומתחייבת כי אודיע במהלך הפעילות על כל שינוי במצבי הבריאותי למדריך/ה / לאחראי/ת / לראש קבוצה / למאמן/ת בקבוצה שבה אני משתתפת.
 - ידוע לי כי הכיסוי הביטוחי שלי הוא לאירוע זה בלבד (אימון נסיון - אפשרי להרחיב עד 3 אימונים), ובמידה ואחליט להצטרף לפעילות קבועה עלי לרכוש ביטוח בנפרד / להשלים תשלום ביטוח.
 - אני מאשרת כי שילמתי ביטוח בגין פעילות זו לפני שהתחלתי את הפעילות. (יש לשלם באתר האיגוד).

שם מלא	ת.ז.	טלפון	ת. לידה	כתובת	איש קשר חירום	טל' איש קשר	הצהרה בחתימה
ראש קבוצה							
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							