



# טופס בדיקה רפואית | איגוד הכדורשת הישראלי

**עונה 2019-20**

## אישור על ביצוע בדיקות רפואיות

### 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 מ- 1.6.2019.
3. רופא הספורט הוא הגורם המאשר כשירותך, בפניך, להשתתף בתחרויות ובאימונים של הקבוצה, וזאת כתנאי לרישום 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 להשתתף באימונים ובמשחקים של קבוצתך.
5. מובהר, כי תנאי להשתתפותך בפעילות הספורט הוא ביצוע בדיקה רפואית על פי חוק הספורט.

=====

### 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 קבוצה

תאריך לידה

ת.ז.

שם + שם משפחה

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

--	--	--

חותמת התחנה לרפואת ספורט

מס' רישיון, חתימה וחותמת הרופא

תאריך הבדיקה