

טופס הצהרת בריאות למבקש להירשם לבית הספר לכדורסל בעונה 23/24 – שחקני ביה"ס לכדורסל

מיועד לשחקני בית הספר לכדורסל ו/או שחקני עתודה בלבד

(הטופס ממלא ונחתם על ידי הורה השחקן המתאמן, הקטין, שלא מלאו לו 18 שנה)

תאריך _____

שם ושם משפחה _____ מס' תעודת זהות השחקן _____ תאריך לידה _____

(האמור בשאלון מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות, אך הוא מיועד גם לנקבה).

חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית ופעל לפי הנחיות אלה:

א. אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות שבחלק א' לטופס זה היא חיובית, אז לצורך קבלת השחקן לבית הספר לכדורסל עליכם להמציא לאגודה גם תעודה רפואית חתומה על ידי רופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאות השחקן באימוני בית הספר לכדורסל. האגודה תקבל מתאמן שהמציא תעודה רפואית שלא עברו 3 חודשים ממועד הנפקתה.

ב. גם אם כל התשובות לשאלות שבחלק א' לטופס זה הן שליליות – יש למלא את ההצהרה שבחלק ב' לטופס זה ולחתום עליה.

ג. בכל מקרה של שינוי במצב הבריאותי של השחקן יש לדווח לעמותה ולהתייעץ עם רופא לגבי המשך הפעילות בבית הספר לכדורסל.

| | | | |
|----|--|----|----|
| 1. | האם רופא אמר לשחקן שהוא סובל ממחלת לב? | כן | לא |
| 2. | האם השחקן חש כאבים בחזה – | כן | לא |
| | א. בעת מנוחה? | כן | לא |
| | ב. במהלך פעילות שיגרה ביום יום? | כן | לא |
| | ג. בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית? | כן | לא |
| 3. | האם במהלך השנה החולפת – | כן | לא |
| | א. איבד השחקן שיווי משקל עקב סחרחורת? | כן | לא |
| | (סמן לא אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר, כלל במהלך פעילות גופנית נמרצת). | כן | לא |
| | ב. איבד השחקן את הכרתו? | כן | לא |
| 4. | האם הרופא אבחן שהשחקן סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים – | כן | לא |
| | א. נזקק לטיפול תרופתי? | כן | לא |
| | ב. סבל מקוצר נשימה או צפצופים? | כן | לא |
| 5. | האם אחד מבני משפחת השחקן מדרגת קירבה ראשונה נפטר – | כן | לא |
| | א. ממחלת לב? | כן | לא |
| | ב. ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה) | כן | לא |
| 6. | האם הרופא המטפל (בשחקן) אישר לבצע פעילות גופנית כלשהי רק תחת השגחה רפואית? | כן | לא |
| 7. | האם השחקן סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלון לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותו בביצוע פעילות גופנית? אם ענית כן – נא לפרט את המחלה הכרונית וממה עליו להימנע – | כן | לא |
| | _____ | | |
| 8. | האם השחקן סובל מאלרגיה/אלרגיות כלשהן? האם השחקן מגיע לפעילות בית הספר לכדורסל עם מזרק אפיפן? אם ענית כן – נא לפרט את האלרגיה וממה עליו להימנע – | כן | לא |
| | _____ | | |

חלק ב': הצהרה

אני, הורה השחקן (הקטין), החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה וכי עניתי על כל השאלות בטופס זה. בחתימתי הנני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבו הבריאותי של השחקן (הקטין) בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור וכי נמסר כל מידע אחר/נוסף שלא נשאל בשאלון זה ורלוונטי למצב בריאותו של השחקן (הקטין).
ידוע לי כי לאחר שנה מיום הצהרה בריאות זו, אדרש להמציא הצהרת בריאות חדשה עבור השחקן (הקטין).

שם ושם משפחה (הורה) _____ מס' תעודת זהות הורה _____ חתימה _____