

טופס הצהרת בריאות למבקש להשתתף במרוץ כפר- סבא לשנת 2016

שם ושם משפחה: _____
מספר זהות: _____
גיל: _____
(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. מילוי שאלון זה הינו הכרחי לצורך השתתפותך במרוץ כפר- סבא 2016 (להלן : "המרוץ"). אם התשובה על אחת או יותר מהשאלות שבחלק א' לשאלון זה הינה חיובית, עלייך להמציא תעודה רפואית מרופא המאשרת כי אין סיכון לבריאותך כתוצאה מהשתתפותך במרוץ. השתתפותך במרוץ תתאפשר רק לאחר קבלת תעודה רפואית שלא עברו שלושה חודשים ממועד הנפקתה.
- ב. אם כל התשובות לשאלות שבחלק א' לטופס זה הן שליליות – מלא את ההצהרה שבחלק ב' לטופס זה וחתום עליה.
- ג. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי השתתפותך במרוץ.

1. האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב? - כן/לא
2. האם אתה חש כאבים בחזה? - כן/לא
(א) בזמן מנוחה? - כן/לא
(ב) במהלך פעילויות שגרה ביום-יום? - כן/לא
(ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית? - כן/לא
3. האם במהלך השנה החולפת –
(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? סמן לא – אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר (כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת) - כן/לא
(ב) איבדת את הכרתך? - כן/לא
4. האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים –
(א) נזקקת לטיפול תרופתי? - כן/לא
(ב) סבלת מקוצר נשימה או צפצופים? - כן/לא
5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר –
(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 שלך אמר לך ב-5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? - כן /לא
7. האם אתה סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית- כן/לא
8. לנשים בהיריון: האם ההיריון הזה או כל היריון קודם הוגדר היריון בסיכון? - כן/לא

חלק ב': הצהרה

אני, החתום מטה, מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א' לטופס זה וכל התשובות לשאלות בטופס זה הן שליליות;

אני החתום מטה מצהיר כי ידוע לי שאני מתעתד להשתתף באירוע ספורט המהווה מאמץ גופני ניכר.

אני מצהיר בזאת שהנני בריא וכשיר למרוץ והתאמנתי כראוי לקראתו.

אני מבין כי השתתפותי במידה ואיני מוכן גופנית כראוי עלולה לסכן את בריאותי.

אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות על מצבי הרפואי בעבר ובהווה.

ידוע לי כי עיריית כפר- סבא ו/או מי מטעמה לא יישאו בכל אחריות לנזק מכל מין וסוג שהוא שיגרם לי כתוצאה מהשתתפותי במרוץ, ואני מוותר בזאת ויתור מלא, סופי ומוחלט על כל טענה ו/או תביעה מכל מין וסוג שהוא כלפי עיריית כפר- סבא ו/או מי מטעמה כתוצאה ישירה ו/ או בלתי ישירה מהשתתפותי במרוץ.

שם ושם משפחה: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

תאריך: _____

אם סבלת או הנך חושד כי סבלת במהלך השבוע הסמוך למרוץ ממחלה כלשהי, לרבות חום, הפרעות במערכת העיכול או שיעול, יש להיוועץ ברופא לפני ההשתתפות בפעילות ולקבל אישורו לביצוע המאמץ

הסכמה בכתב של הורי הקטין

משתתף שלא מלאו לו 18 שנה יצרף להצהרת הבריאות את ההסכמה מטה, חתומה בידי הורי הקטין.

אני מסכים/ה כי _____ (יש לציין שם, שם משפחה, מס' זהות) ישתתף במרוץ כפר- סבא 2016.

תאריך _____ חתימת ושם הורה _____