

טופס איגוד הכדורסל

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 לרשומי/חיזוש רישומי באיגוד להוצאת כרטיס ליגה עבורי ולהשתתפותי במשחקים ובאימונים של קבוצתי.
- אם יווכח 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.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך _____ חתימת השחקן _____

חלק ב' (ימולא במקרה והשחקן קטין)

חתימת הורה ו/או אפוטרופוס במקרה ומדובר בקטין

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

חלק ג' הצהרת הקבוצה

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

- השחקן _____ (שם השחקן) נבדק ע"י רופא מוסמך מהתחנה לרפואת הספורט, כמפורט בחלק ד', לבקשתה של הקבוצה ועבר את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשמ"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשע"ד - 2014 ועפ"י תקנון איגוד הכדורסל בישראל.
- השחקן נמצא כשיר לשחק כדורסל בעונת המשחקים _____.
- אנו מאשרים כי אם יווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם לאיגוד הכדורסל הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את האיגוד במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של האיגוד.
- ידוע לנו כי אם יווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת, יבוטל רישומו של השחקן באיגוד והקבוצה והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.

תאריך _____ חתימת ב"כ הקבוצה _____

שם החותם _____ חותמת הקבוצה _____

חלק ד' אישור רופא

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר כי ביום _____ בדקתי את השחקן _____ מקבוצת _____ כמתחייב

מהוראת חוק הספורט התשמ"ח 1988- ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשע"ד - 2014 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 _____