



טופס הצהרת בריאות למבקש להשתתף באירועי כפייהם אקטיב

* הכתוב מנוסח בלשון זכר אך מתייחס גם לנקבה
* אם מיופה כוח אוסף עבורך את הערכה, עליו לצרף מסמך זה מלא וחתום על ידך

חלק א': שאלון רפואי

אנא קרא את השאלות להלן בצורה יסודית וענה על כל שאלה בכנות באמצעות סימון התשובה המתאימה.

חלק ד': הסכמה של הורי קטין - אם טרם מלאו לך 18
משתתף שלא מלאו לו 18 שנה יצרף להצהרת הבריאות את ההסכמה הכתובה מטה, חתומה בידי אחד מהוריו.

אני מסכים/ה כי בני/ביתי י/תשתתף באירוע הספורט ומאשר כי הוא/היא כשירים לכך בריאותית ופיזית.

שם מלא של ההורה: _____
 ת"ז: _____
 תאריך: _____
 חתימה: _____

- האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב? כן / לא
 האם אתה חש כאבים בחזה?
 (א) סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)
 כן / לא
 (ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום? כן / לא
 (ג) בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית? כן / לא
- האם במהלך השנה החולפת
 (א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? כן / לא-אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר
 כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת). כן / לא
 (ב) איבדת את הכרתך? כן / לא
- האם רופא אבחן שאתה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים?
 (א) סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)
 כן / לא
 (ב) נזקקת לטיפול תרופתי? כן / לא
 (ג) סבלת מקוצר נשימה או ציפצופים? כן / לא
- האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר?
 (א) סמן את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)
 כן / לא
 (ב) ממוות פתאומי בגיל מוקדם? (לפני גיל 55 אם מדובר בגבר, ולפני גיל 65 אם זו אישה) כן / לא
- האם הרופא שלך אמר לך ב-5 השנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? כן / לא
- האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית), שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית? כן / לא
- לנשים בהיריון: האם ההיריון הזה או כל היריון קודם הוגדר הריון בסיכון? כן / לא

חלק ב': הנחיות

אם סימנת כן באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה - לצורך הרשמתך לאירוע עליך להמציא לכפייהם אקטיב גם אישור רפואי מרופא לפיו הרופא מאשר כי אין סיכון לכריאותך בהשתתפות באירוע ספורט. כפייהם אקטיב תאפשר להשתתף באירוע רק לאחר המצאת אישור רפואי שלא עברו 3 חודשים מסועד הנפקתו. את האישור יש להגיש במעמד איסוף הערכה, כתנאי להשתתפות בפעילות. בכל מקרה של שינוי במצבך הרפואי, יש להתייעץ עם רופא לגבי השתתפות באירוע.

חלק ג': הצהרה

הנני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים והנני כשיר/ה להשתתף באירוע
 אני החתום/ה מטה מצהיר/ה בזאת כי ידוע לי שאני מתעתד/ת להשתתף באירוע ספורט המהווה מאמץ גופני ניכר.
 אני מצהיר/ה בזאת שהנני בריא/ה וכשיר/ה לפעילות והתאמנתי כראוי לקראתו.
 אני מבין/ה כי השתתפותי, במידה ואיני מוכן גופנית כראוי, עלולה לסכן את בריאותי.
 ידוע לי כי הוועדה המארגנת של האירוע, הגוף המארח, הגוף המארגן, המארגן בפועל ונותני החסויות, לא יישאו בכל אחריות לנזק כלשהו שייגרם לי, לרבות נזקי גוף שייגרמו לי טרם האירוע, במהלכו או אחריו, ואף לא בנין אובדן ציוד כלשהו.
 אם סבלת או הנך חושד כי סבלת במהלך השבוע הסמוך לפעילות ממחלה כלשהי, לרבות חום, הפרעות במערכת העיכול או שיעול, יש להיוועץ ברופא לפני ההשתתפות בפעילות ולקבל את אישורו לביצוע המאמץ

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי וההצהרה בטופס זה ומילאתי אותו בעצמי. אני מצהיר/ה כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצבי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.
 הנני מצהיר/ה כי ערכת משתתף/ת הכוללת מספר חזה וחולצת משתתף/ת.
 אני מאשר/ת למטה ההפקה להשתמש בתצלומים שלי, לצרכי פרסום ויחסי ציבור, ללא תמורה.

שם ושם משפחה: _____ ת"ז: _____
 תאריך: _____ חתימה: _____