



איגוד השחייה בישראל מכון-וינגייט, נתניה 42902 טל: 09-8851970, 09-8639464 פקס: 09-8851969
 ISRAEL SWIMMING ASSOCIATION Wingate Institute, Netanya 42902 Tel: 972-9-8851970, 972-9-8639464 Fax: 972-9-8851969
 WWW.ISA.ONE.CO.IL E-mail: iswima@hotmail.com דואר אלקטרוני: 58-024-489-5 ע"ר

טופס הרשמת שחיין/נית באיגוד השחייה בישראל

חובה לצרף לטופס זה צילום או ספח של תעודת זהות ואישור ביצוע בדיקה רפואית

<input type="text"/>		שם משפחה
<input type="radio"/> נקבה	<input type="radio"/> זכר	שם פרטי
<input type="radio"/> מין (בחר)	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	ארץ לידה	מס' תעודת זהות (חובה לציין 9 ספרות)
<input type="text"/>	תאריך בדיקה רפואית	שם האב
<input type="text"/>	תאריך לידה	
<input type="radio"/> מאסטרס	<input type="radio"/> שחייה אומנותית	ענף הפעילות (בחר)
<input type="radio"/> שחייה		
<input type="text"/>	שם פרטי בלועזית	שם משפחה בלועזית
<input type="text"/>	מס' האגודה	שם האגודה
1220		הפ"ס - סניף האל 100
<input type="text"/>	תוקף הדרכון	מס' דרכון
<input type="text"/>	מספר אישי בצה"ל	תאריך עליה
<input type="text"/>	תאריך שחרור	תאריך גיוס
<input type="text"/>	רחוב	שם היישוב
<input type="text"/>	מיקוד	מס' הבית
<input type="text"/>	מיקוד	ת.ז.
<input type="text"/>		דוא"ל
<input type="text"/>	פקס בבית	טלפון בבית (כולל איזור חיוג)
<input type="text"/>	פקס בעבודה	טלפון בעבודה
<input type="text"/>	ביפר	טלפון סלולארי

חתימת מורשה החתימה באגודה

חתימת ההורים (עד גיל 18)

חתימת השחיין/נית

העמדה לקידום השחייה - הגד השרון

מספר עמותה 580491256

גלגל המזלות 11 הוד השרון 45309

חתימת האגודה : 09-7450436



<input type="text"/>	קבלה	<input type="text"/>	הודעת חיוב
----------------------	------	----------------------	------------



הצהרה ואישור על ביצוע בדיקות רפואיות

לעונת

הטופס המקורי **לבן** - נשאר בידי האיגוד
העתק הטופס **הורוד** - נשאר בידי האגודה

חלק א' - הצהרת השחיין/נית

אני הח"מ, (שם מלא), ת.ז. _____, תאריך לידה _____ מאגודת _____ מצהיר/ה בזאת כי:

- בשנה האחרונה ממועד האחרון לבדיקתי לא חל כל שינוי במצבי הבריאותי, אשר עלול למנוע ממני אפשרות להשתתף בתחרויות כלשהן ובאימונים של אגודתי / נבחרות ישראל.
- לצורך חידוש פעילותי בעונה הר"מ נבדקתי ע"י ד"ר _____, אשר אישר בפני, כי הנני כשיר/ה להשתתף בתחרויות כלשהן ובאימונים של אגודתי / נבחרות ישראל.
- ידוע והוסבר לי, כי נכונות הצהרה זו הינה תנאי לרישומי/חידוש רישומי באיגוד השחייה בישראל, להוצאת כרטיס מתחרה עבורי ולהשתתפותי בתחרויות כלשהן ובאימונים של אגודתי / נבחרות ישראל.
- אם יווכח כי הצהרתי הנ"ל כוזבת יבוטל רישומי באיגוד השחייה בישראל ואהיה צפוי/ה להעמדה לדין משמעתי.
- ידוע לי, כי הצהרתי זו הינה על אחריותי הבלעדית, וכי איגוד השחייה בישראל ו/או 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 התחרויות ו/או האימונים.
- חתימתי על הצהרה זו מהווה גם כתב ויתור על סודיות רפואית לטובת איגוד השחייה בישראל לגבי כל גוף ו/או מוסד רפואי ו/או שלטונות צה"ל ו/או כל גוף שלטוני והנני משחררם מחובת שמירה של סודיות רפואית לגבי מצבי הבריאותי ולא תהיינה לי כלפיהם כל טענה ו/או תלונה בגין מסירת מידע ו/או מסמכים לגבי מצבי הבריאותי.

ולראיה באתי על החתום: _____
חתימת השחיין/נית: _____

חלק ב' (ימולא במקרה והשחיין/נית קטין/נה)

חתימת הורה ו/או אפוטרופוס במקרה ומדובר בקטין/נה.

תאריך: _____ שם ההורה/אפוטרופוס: _____ ת.ז. של ההורה/אפוטרופוס: _____
חתימת ההורה/אפוטרופוס: _____ חתימה של ההורה/אפוטרופוס: _____

חתימתנו מהווה הצהרה, התחייבות ואישור לכל האמור בחלק א' של הטופס.

חלק ג' - הצהרת האגודה

אנו הח"מ המורשים לחתום בשם אגודת _____ (שם האגודה) מצהירים ומאשרים כי:

- השחיין/נית _____ (שם מלא) נבדק ע"י ד"ר _____ מטעמה של האגודה ועבר את כל הבדיקות הרפואיות כמתחייב עפ"י חוק הספורט התשס"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 ועפ"י תקנון איגוד השחייה בישראל.
- השחיין/נית עברו בדיקה (רשום את תאריך הבדיקה) _____ (א) תקופתית: _____ (ב) גופנית כללית: _____ (ג) ארגומטרית: _____
- השחיין/נית נמצאת/ת כשיר/ה להתחרות בשחייה בעונת התחרויות _____
- האישורים והמסמכים הרפואיים הנוגעים לבדיקות הרפואיות של השחיין/נית נמצאים בחסותה של האגודה ובמשמרתה.
- כללי הסודיות הרפואית חלים עלינו בכל הקשור לתכנם של מסמכים רפואיים אלה.
- אנו מאשרים כי איגוד השחייה 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 של השחיין/נית במהלך התחרויות ו/או האימונים ואנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו, אם יחוייב בתשלום כלשהו בגין פציעה ו/או מחלה ו/או חו"ח פטירה של השחיין/נית, וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של איגוד השחייה בישראל.
- מבלי לגרוע מהאמור בסעיף 6 לעיל, אם יווכח שההצהרה הנ"ל כוזבת וכי כתוצאה מכך יגרם באיגוד השחייה בישראל הפסד ו/או נזק, אנו מתחייבים לשפות את איגוד השחייה בישראל במלוא סכום ההפסד ו/או הנזק שיגרמו לו, וזאת מיד עם דרישתו הראשונה של איגוד השחייה בישראל.
- ידוע לנו כי אם יוכח שההצהרה הנ"ל כוזבת יבוטל הרישום של השחיין/נית באיגוד השחייה בישראל והח"מ יהיו צפויים להעמדה לדין משמעתי.

העמותה לקידום השחיה - הוד השרון

מספר עמותה 580491256

גלגל המזלות 11 הוד השרון 45209

ני"ד. 052-4522882, משרד: 09-7450438

תאריך: _____ שם החותם: _____ חתימת ב"כ האגודה: _____

חתימת ב"כ האגודה: _____ חתימה: _____

חלק ד' - אישור רופא

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר כי ביום _____ בדקתי את השחיין/נית _____ מאגודת _____ בדיקה תקופתית _____ גופנית כללית _____ ארגומטרית _____ (סמן x במקום המתאים) כמתחייב מהוראות חוק הספורט התשס"ח - 1988 ותקנות הספורט (בדיקות רפואיות) התשנ"ז - 1997 וכי מצאתי/ה כשיר/ה ללא כל הגבלה לפעילות כשחיין/נית לעונת התחרויות.

תאריך: _____ שם הרופא האחראי: _____ מס' רישון: _____
חותמת הרופא האחראי: _____ חתימה: _____

חותמת התחנה לרפואת ספורט

איגוד השחייה בישראל מכון- ונגייט, תנ"ח 42902
טל: 09-8851970, 09-8639464, פקס: 09-8851969