

## אישור רפואי להשתתפות במרוץ

תאריך \_\_\_\_\_

הנני מאשר בזאת כי: שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

נבדק/ה על ידי ונמצא/ה כשיר/ה מבחינה רפואית להשתתף במרוץ.

הערות: \_\_\_\_\_

שם הרופא: \_\_\_\_\_ חתימה + חותמת: \_\_\_\_\_

### הצהרת המשתתף על בריאות תקינה

אני החתום מטה מצהיר בזאת 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.

שם: \_\_\_\_\_ 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 השתתפות בפעילות ולקבל אישורו לביצוע המאמץ.

טל' לברור \_\_\_\_\_

### אישור הורים (לילדים מתחת לגיל 18)

שם ההורה ( פרטי ומשפחה): \_\_\_\_\_ טלפון בבית/נייד: \_\_\_\_\_

### (נא לסמן ב-X את הסעיף המתאים)

אין לבני/בתי כל בעיה רפואית או בריאותית המונעת ממנו/ה להשתתף במרוץ.

בני/בתי סובלת/מגבלות ו/או בעיות רפואיות/בריאותיות כדלהלן: \_\_\_\_\_

יש לבני/בתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, מחלה ממארת וכד'): \_\_\_\_\_

מצורף אישור רפואי המעיד על המגבלה ומתאר את מהותה שניתן ע"י: \_\_\_\_\_ לתקופה: \_\_\_\_\_

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: \_\_\_\_\_

בני/בתי נוטל תרופה/ות באופן קבוע. נא פרט \_\_\_\_\_

בני/בתי סובלת/מרגישות לתרופות, מזון. נא פרט \_\_\_\_\_

אני מתחייב להודיע לצוות ההפקה על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי של בני/בתי. הנני מאשר/ת בזאת לבני/בתי להשתתף במרוץ.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה \_\_\_\_\_