



## טופס הצהרת בריאות למבקש/ת להשתתף באירועי כפיים אקטיבי

\* 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/י את השאלות להלן בצורה יסודית וענה/י על כל שאלה בכנות באמצעות סימון התשובה המתאימה.

1. האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל/ת ממחלת לב ? ☐ כן / ☐ לא  
2. האם את/ה חש/ה כאבים בחזה?

(אנא סמני/י את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)

(א) בזמן מנוחה? ☐ כן / ☐ לא

(ב) במהלך פעילויות שיגרה ביום-יום? ☐ כן / ☐ לא

(ג) בזמן שאת/ה מבצע פעילות גופנית? ☐ כן / ☐ לא

3. האם במהלך השנה החולפת

(אנא סמני/י את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)

(א) איבדת שיווי משקל עקב סחרחורת? סמני/י לא - אם הסחרחורת נבעה מנשימת יתר

כולל במהלך פעילות גופנית נמרצת. ☐ כן / ☐ לא

(ב) איבדת את הכרתך? ☐ כן / ☐ לא

4. האם רופא אבחן שאת/ה סובל ממחלת האסתמה ולכן בשלושת החודשים האחרונים?

(אנא סמני/י את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)

(א) נזקקת לטיפול תרופתי? ☐ כן / ☐ לא

(ב) סבלת מקוצר נשימה או ציפצופים? ☐ כן / ☐ לא

5. האם אחד מבני משפחתך מדרגת קרבה ראשונה נפטר?

(אנא סמני/י את תשובתך בכל אחת מהאפשרויות המפורטות מטה)

(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 הינך 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 הריון בסיכון? ☐ כן / ☐ לא

### חלק ב': הנחיות

אם סימנת כן באחת מהשאלות שבחלק א' בטופס זה - לצורך הרשמתך לאירוע עליך להמציא לכפיים אקטיבי גם אישור רפואי מרופא לפיו הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך בהשתתפות באירוע ספורט. כפיים אקטיבי תאפשר להשתתף באירוע רק לאחר המצאת אישור רפואי שלא עברו 3 חודשים ממועד 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 החתומה/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 כיאות 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 בגין 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 החתומה/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 קיבלתי ערכת משתתפ/ת הכוללת מספר חזה וחולצת משתתפ/ת.

אני מאשר/ת למטה ההפקה להשתמש בתצלומים שלי, לצרכי פרסום ויחסי ציבור, ללא תמורה.

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_