

טופס בדיקה רפואית

להוריד, להדפיס ולמלא לפני ההגעה למכון 1

עונת פעילות 2026-2027



טופס זה למילוי ע"י ההורה/האפוטרופוס לפני ההגעה למכון 1. יש להביא את הטופס מודפס וחתום ביום הבדיקה.

פרטי הנבדק/ת

שם פרטי	שם משפחה
תעודת זהות	תאריך לידה
כתובת	עיר
טלפון	קופת חולים
קבוצה במועדון	שם המאמן/ת

שאלון בריאות

נא לסמן ✓ במשבצת המתאימה. במידה והתשובה "כן" – יש לפרט בעמוד הבא.

#	שאלה	כן	לא
1	האם אובחנת בעבר עם מחלת לב, יתר לחץ דם או הפרעת קצב?	☐	☐
2	האם סבלת מאי פעם מכאבי חזה, סחרחורות או עילפון במאמץ?	☐	☐
3	האם קיים סיפור משפחתי של מוות פתאומי לפני גיל 50?	☐	☐
4	האם אתה/את סובל/ת מאסטמה או מחלת ריאות?	☐	☐
5	האם יש לך אלרגיות (תרופות / מזון / חרקים)?	☐	☐
6	האם נוטל/ת תרופות באופן קבוע?	☐	☐
7	האם עברת ניתוח או פציעה ספורטיבית משמעותית?	☐	☐
8	האם סובל/ת מבעיה אורתופדית פעילה (גב, ברך, קרסול וכד')?	☐	☐
9	האם סובל/ת מסוכרת או מחלה אנדוקרינית אחרת?	☐	☐
10	האם יש סיבה אחרת לדעתך שמונעת ממך לעסוק בכדוריד?	☐	☐

פירוט (במידה וסומן "כן" באחת השאלות):

הצהרת הורה/אפוטרופוס

אני החתום/ה מטה מצהיר/ה כי המידע שמסרתי בטופס זה נכון ומלא, וכי אני מאשר/ת את השתתפות בני/בתי בפעילות הכדוריד במועדון מכבי פתח תקווה ראש העין לעונת 2026-2027. ידוע לי כי הפעילות כרוכה במאמץ פיזי, וכי האחריות לציון מצב רפואי רלוונטי מוטלת עליי.

שם ההורה	ת.ז.
תאריך	חתימה

אישור הרופא/ה הבודק/ת (ימולא במכון)

שם הרופא/ה	מס' רישוי
ממצאי בדיקה	
אישור כשירות	☐ כשיר/ה ללא הגבלה ☐ כשיר/ה בהגבלות (פרט) ☐ לא כשיר/ה
תוקף האישור	חתימה וחותמת