



הצהרת בריאות

אני החתום מטה מאשר בזאת כי: אני מודע היטב למסלול, לאופיו ולתקנון המסע.
בריאותי תקינה, אני מאומן/ת ומוכן/ה והציוד שברשותי תקין ומתאים למאמץ הנדרש.
יש לי ביטוח תאונות אישיות ואישור רופא (אישור חד"כ).
אני משחרר את מארגני המסע והאחראים לו מכל אחריות לי ולרכושי.

להלן הצהרה על מצב בריאותי לצורך השתתפות במסע האופניים של מרכז הספורט לנכים
איל"ן רמת גן - "טור דה תרום" 2018

שם ושם משפחה: _____ תאריך לידה: _____

1. ציין בעיות בריאותיות או פציעות שעלולות להשפיע על יכולתך להשתתף במסע האופניים
(כגון מחלות לב, בעיות נירולוגיות, סכרת, בעיות פרקים ועוד). במידה ואין כאלו, אנא
ציין – אין.

אני לוקח באופן שוטף את התרופות הבאות: (כולל תרופות אלטרנטיביות)

2. ציין בעיות בריאותיות נוספות שעל מארגני המסע להיות מודעים להן

אני מאשר למארגני המסע להעביר מידע רפואי רלוונטי אודותיי לצוות הרפואי האחראי על המסע ולכל גורם שלישי שיהיה מעורב ישירות בטיפול בי. ידוע לי כי כל מידע רפואי ואחר אודותיי הינו חסוי וייתכן אך ורק לגורם הרפואי המטפל.

חתימה _____ תאריך _____