****



**טופס הצהרת בריאות למנוי קאנטרי רמת השרון**

**שם ושם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מספר תעודת זהות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**גיל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**איש קשר כולל טלפון למקרה חירום:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חלק א' שאלון רפואי**

אנא קרא את השאלות בצורה יסודית וסמן את התשובה המתאימה.

1.האם הרופא שלך אמר לך שאתה סובל ממחלת לב? **כן / לא**

2.האם אתה חש כאבים בחזה : **כן / לא**

\*בזמן מנוחה? **כן / לא**

\*במהלך פעילות שיגרה ביום-יום?  **כן / לא**

\*בזמן שאתה מבצע פעילות גופנית? **כן / לא**

2.האם בשנה האחרונה איבדת את הכרתך בשל סיבה כלשהי? **כן / לא**

3.האם הנך סובל מאסטמה ובשלושת החודשים האחרונים נזקקת לטיפול רפואי?/סבלת מקוצר נשימה?  **כן / לא**

4.האם אחד מבני ממשפחתך מדרגה ראשונה נפטר עקב:מחלת לב /מוות פתאומי בגיל מוקדם?

**כן / לא**

5.האם הרופא אמר לך ב5 שנים האחרונות לבצע פעילות גופנית רק תחת השגחה רפואית? **כן / לא**

6.האם הינך סובל ממחלה קבועה (כרונית) שאינה נזכרת בשאלות לעיל ועשויה למנוע או להגביל אותך בביצוע פעילות גופנית? **כן / לא**

7.לנשים בהריון-האם ההריון הזה או כל הריון קודם הוגדר כהריון בסיכון? **כן / לא**

**חלק ב' הנחיות**

1.אם סימנת כן באחת מהשאלות שנשאלת ,עלייך להמציא תעודה רפואית מרופא לפיה הרופא מאשר כי אין סיכון לבריאותך באימונים בקאנטרי.

2.אם ענית לא לכל השאלות מלא את ההצהרה וחתום עליה.

**חלק ג' הצהרה**

אני החתום מטה,מצהיר כי קראתי והבנתי את כל השאלון הרפואי שבחלק א'לטופס זה ומילאתי אותו בעצמי.אני מצהיר כי מסרתי ידיעות מלאות ונכונות אודות מצסי הרפואי בעבר ובהווה לפי השאלות שנשאלתי בשאלון האמור.

**שם ושם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**