|  |
| --- |
|  |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | תאריך: שם הקבוצה: ענף:  מפעל: כתובת:  שם הרכז: ת.ז רכז:  טל'/ נייד: דוא"ל:  שם מ"מ רכז: נייד:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **שם משפחה** | **שם פרטי** | **ת.ז.** | **ת. לידה** | **מין ז/נ** | **בדיקה ארגומטרית** | | 1 |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  |  |  | | 7 |  |  |  |  |  |  | | 8 |  |  |  |  |  |  | | 9 |  |  |  |  |  |  | | 10 |  |  |  |  |  |  | | 11 |  |  |  |  |  |  | | 12 |  |  |  |  |  |  | | 13 |  |  |  |  |  |  | | 14 |  |  |  |  |  |  | | 15 |  |  |  |  |  |  |   מספר שחקנים ברשימה: \_\_\_\_\_\_  הצהרה: הננו מאשרים כי כל השחקנים ברשימה זו עובדים במפעלנו בהתאם להוראות, כשירים מבחינה רפואית לאחר שעברו בדיקות כנדרש לפי חוק הספורט תשמ"ח 1988 ותקנות הספורט בדיקות רפואיות תשמ"ד 2014 חובה להגיש את הטופס בחותמת וחתימת מנהל כ"א/מנגנון  שם מנהל כ"א/מנגנון: \_\_\_\_ טל': \_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **רכז הספורט:** \_\_ **חתימה:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **תאריך:** \_\_\_\_  הערות:   1. יש להחזיר טופס זה במקור, העתק ישאר אצל מנהל הקבוצה ויוצג עם כרטיסי שחקן לפני כל תחרות. 2. טופס ללא חתימה וחותמת של מנהל כ"א ומנגנון לא יתקבל. 3. הטופס חייב להגיע עד 1.10.23 טופס שלא יגיע עד תאריך הנ"ל הקבוצה לא תוכל להשתתף בפעילות הספורטיבית. 4. את טופס רשימת השחקנים חייבים להגיש מודפס וברור, שחקנים חדשים יש לצרף תמונה. 5. הערה חשובה: עפ"י חוק הספורט כל שחקני הקבוצות חייבים לעבור בדיקות רפואיות באחד המכונים המורשים, מנהלי הקבוצות חייבים לדאוג לבדיקות הספורטאים.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  בניין מועצת הפועלים, שד' רגר, ת.ד. 627 באר שבע 84105 / טלפקס: 08-6463061, נייד: 054-4504060  **sportnegev@gmail.com www.sportnrgev.co.il** | |