

السادة الاتحاد الأردني للتايكواندو المحترمين

أتعهد وأقر أنا الموقع أدناه، ولي أمر اللاعب المذكور، أن جميع المعلومات التالية صحيحة وأن اللاعب المتقدم لا يشكوا ولم يسبق له أن اشتكى من أي عوارض طبية خطيرة قد تؤثر سلباً على صحته.

ولا مانع لدي من استعمال الاتحاد البيانات الشخصية، الطبية والفسولوجية التي سيتم جمعها خلال البرنامج عبر الاختبارات الصحية والبدنية للاعب وذلك لغايات بحثية وعلمية لرفع الأداء ويتعهد الاتحاد بحفظ سرية وخصوصية تلك المعلومات والتعامل معها حسب أسس صون وحفظ واستعمال المعلومات الشخصية.

- هل سبق أن أخبرك طبيب أن لديك أمراض قلبية؟
لا، نعم، ملاحظات: _____
- هل سبق أن نصحك طبيب بممارسة النشاط البدني تحت الإشراف الطبي؟
لا، نعم، ملاحظات: _____
- هل تشعر بألم في صدرك عند ممارسة نشاط بدني؟
لا، نعم، ملاحظات: _____
- هل شعرت بأي ألم في الصدر أثناء الراحة الشهر الماضي؟
لا، نعم، ملاحظات: _____
- هل سبق لك أن شعرت بالدوخة أو فقدان الاتزان؟ هل سبق لك أن فقدت الوعي؟
لا، نعم، ملاحظات: _____
- هل لديك أي مشكلة في العظام أو المفاصل يمكن أن تزداد سوءاً بممارسة النشاط البدني؟
لا، نعم، ملاحظات: _____
- هل أوصى لك الطبيب دواء لعلاج أمراض القلب أو ضغط الدم؟
لا، نعم، ملاحظات: _____
- هل لديك مانع صحي آخر يمنعك من القيام بنشاط بدني دون إشراف طبي؟
لا، نعم، ملاحظات: _____

في حالة إجابتك بنعم على أي سؤال من الأسئلة السابقة فإن عليك استشارة الطبيب قبل البدء بممارسة أي نشاط بدني وتبليغ كادر التدريب بذلك.

في حالة إصابتك بأي عرض صحي مثل نزلة برد أو إنفلوانزا قم بتأجيل البدء بممارسة النشاط البدني حتى تتحسن حالتك الصحية.

في حالة حدوث أي تغيير لحالتك الصحية خلال مشاركتك في البرنامج التدريبي فإن عليك استشارة الطبيب وإشعار المدربين المسؤولين مباشرة.

اسم ولي الأمر: _____ التاريخ: _____

اسم اللاعب: _____ التوقيع: _____