



فرم خوداظهاری سلامت بازیکن

ثبت نام بدمینتون شهرستان ابرکوه - ویژه چاپ، تکمیل، امضا، اثر انگشت و بارگذاری در صورت نیاز

این فرم یک خوداظهاری برای ثبت وضعیت سلامت و سوابق مهم بازیکن است و جایگزین معاینه یا گواهی پزشک نیست. در صورت وجود بیماری، آسیب، داروی خاص، حساسیت شدید یا منع پزشکی، موضوع باید پیش از شروع تمرین به مسئول ثبت نام اعلام شود.

۱. اطلاعات بازیکن

نام و نام خانوادگی: _____ کد ملی: _____
تاریخ تولد شمسی: _____ جنسیت: _____
شماره موبایل: _____ سطح مهارت: _____

۲. تکمیل کننده فرم

☐ بازیکن ۱۸ سال یا بالاتر هستم و فرم را شخصاً تکمیل می‌کنم. ☐ بازیکن زیر ۱۸ سال است و فرم توسط والد یا سرپرست قانونی تکمیل می‌شود.

نام والد/سرپرست: _____ نسبت با بازیکن: _____ شماره تماس اضطراری: _____

۳. پرسش‌های سلامت

مورد	خیر	بله	توضیح کوتاه در صورت نیاز
آیا پزشک تا امروز شما را از ورزش یا فعالیت شدید منع کرده است؟	☐	☐	
آیا سابقه بیماری قلبی، درد قفسه سینه، غش، سرگیجه شدید یا تنگی نفس غیرعادی دارید؟	☐	☐	
آیا سابقه آسم، تشنج، دیابت، حساسیت شدید یا مصرف داروی منظم دارید؟	☐	☐	
آیا آسیب، جراحی، شکستگی، درد مفصل یا محدودیت حرکتی اخیر دارید؟	☐	☐	
آیا در زمان تکمیل فرم تب، بیماری واگیردار، ضعف شدید یا علامت نگران کننده دارید؟	☐	☐	

توضیحات تکمیلی درباره بیماری، آسیب، دارو، حساسیت یا توصیه پزشک:

۴. تأیید و امضا

اینجانب تأیید می‌کنم اطلاعات بالا را با آگاهی و صداقت تکمیل کرده‌ام و در صورت تغییر وضعیت سلامت، آسیب دیدگی، بروز علائم غیرعادی یا دریافت منع پزشکی، موضوع را پیش از حضور در تمرین به آکادمی اعلام می‌کنم.

نام و نام خانوادگی امضاکننده: _____ امضا: _____
محل اثر انگشت

تاریخ تکمیل: _____ کد ملی امضاکننده: _____ شماره تماس امضاکننده: _____