



فرم مسئولیت پذیری (فرم پیوست ب)

به نام خدا

۱. رشته ووشو یک هنر رزمی است و بدیهی است برخورد جزو ذات این ورزش بوده و در آن وجود خواهد داشت.

۲. بازیکنان موظف به گرفتن کارت بیمه ورزشی می باشند زیرا فدراسیون ووشو جمهوری اسلامی ایران هیچ گونه تعهد و مسئولیتی در خصوص بروز آسیب های ورزشی در حین تمرین و مسابقات نخواهد داشت.

۳. کلیه مسوولیت های ناشی از بروز حوادث غیر مترقبه حین تمرین و مسابقات که حادثه ورزشی تلقی میگردد به عهده ورزشکارو باشگاه می باشد فدراسیون ووشو هیچگونه تعهدی نخواهد داشت.

۴. اینجانب تعهد می نمایم کلیه پروتکل های بهداشتی اعلام شده از سوی فدراسیون ووشو و ستاد مقابله با کرونا در ورزش را به صورت کامل رعایت نمایم و در صورت بروز هر گونه بیماری مستقیم و یا مرتبط به بیماری های کرونا و آنفولانزا و شبیه آن در طول برگزاری مسابقات هیچگونه مسوولیتی را برای فدراسیون ووشو ایران متصور نخواهم بود.

۵. بازیکن و تیم ورزشی وی باید هرگونه بیماری /یا عارضه بازیکن خود را از قبیل صرع /تنگی نفس /بیماری قلبی /نرمی استخوان / یا هر مورد دیگر را به اطلاع فدراسیون ووشو جمهوری اسلامی ایران برسانند. در غیر اینصورت عواقب آن بر عهده بازیکن و تیم ورزشی وی خواهد بود. ضمناً فرم خود اظهاری به همراه گواهی سلامت می بایست به همراه این برگه تحویل سازمان لیگ گردد.

اینجانب.....عضو هیئت ووشو استان.....با اطلاع کامل از قوانین و شرایط مسابقات ووشو و امکان رخ داد حادثه ورزشی و آسیب دیدگی و....، بدین وسیله تعهد می نمایم کلیه مقررات مسابقه را رعایت نماید و در ضمن کلیه مسوولیت های ناشی از بروز حوادث و آسیب دیدگی ها و... در مسابقات مذکور به عهده اینجانب می باشد.

امضای شرکت کننده:

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

کد ملی:

شماره کارت بیمه:

تاریخ صدور کارت بیمه:

مهر و امضا رئیس هیئت استان:

گواهی پزشک دارد

فرم خود اظهاری دارد

فرم خود اظهاری روزانه ووشو در شرایط کووید - ۱۹

نام و نام خانوادگی:	نام باشگاه:
سن:	شهر اقامت:
شماره موبایل:	وزن:
دارای سابقه بیماری های زیر می باشم:	قد:
<input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> فشارخون	<input type="checkbox"/> مشکلات کلیه <input type="checkbox"/> بیماری ریوی مزمن <input type="checkbox"/> سابقه بدخیمی و مصرف داروهای ضعیف کننده سیستم ایمنی
سابقه ابتلا به ویروس کرونا: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	سابقه تماس اخیر با بیمار مبتلا یا مشکوک به کرونا در ۲۴ ساعت گذشته داشته ام: <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
سابقه بروز علائم زیر در ۲۴ ساعت گذشته را داشته ام:	<input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> از دست دادن حس بویایی و چشایی <input type="checkbox"/> راش و علائم پوستی
<input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> بدن درد <input type="checkbox"/> ضعف، بی حالی و خستگی <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ	
تنها در صورت مثبت بودن تست کرونا یا ابتلا جهت بازگشت به ووشو تکمیل شود	
گواهی می شود آقای	کد ملی
نظام پزشکی	در تاریخ
متخصص قلب و عروق به شماره	توسط اینجانب
	مهر و امضا
اینجانب	کد ملی
۱- کلیه اطلاعات فوق مورد تایید اینجانب می باشد.	متعهد به موارد زیر می باشم:
۲- اینجانب متعهد به رعایت تمامی پروتکل های ابلاغی از سوی ستاد مبارزه با کرونا در ووشو و ستاد ملی مبارزه با کرونا می باشم.	
تاریخ و امضا	