

**בקשה לקבלת רישיון נהיגה למרוצים – נספח רפואי**

**א. פרטי המבקש**

שם משפחה	
שם פרטי	
כתובת + מיקוד	
טלפון נייד	
דואר אלקטרוני	
אזרחות	
תאריך לידה	
מגדר	זכר / נקבה (הקף)

**ב. הצהרת המבקש**

פירוט	לא	כן
האם קיבלת חיסון טטנוס ב-10 השנים האחרונות?		
האם את/ה סובלת/מבעיה כלשהי זמנית או קבועה בשימוש בידוך או רגליך?		
האם סבלת בעבר ממחלה גופנית חמורה או ממחלת נפש?		
האם סבלת ממחלת לב או מהפרעה בקצב הלב?		
האם סבלת מבעיות בלחץ דם?		
האם את/ה סובלת/מסכרת?		
האם את/ה סובלת/מסחרחורות או מעלפונות?		
האם את/ה סובלת/ממחלת הנפילה (אפילפסיה)?		
האם סבלת מחבלות ראש שהביאו לאיבוד הכרה או לזעזוע מוח?		
האם סבלת או הנך סובלת/מבעיות בעיניך או עברת ניתוח או פציעה בהן?		
האם את/ה משתמש/ת במשקפיים או בעדשות מגע בזמן נהיגה?		
האם אי פעם נדחתה בקשתך לביטוח חיים עקב נסיבות בריאותיות?		

**הצהרה**

אני מצהיר/ה בזאת שכל המידע הנ"ל הינו אמת לאמיתה. אני מתחייב/ת לעדכן את ההתאחדות על כל שינוי שיחול במצבי הבריאותי, לרבות פציעות, המשנה את נכונות הפרטים הנ"ל ו/או שעלול לפגוע בנכונות הצהרה זו. אני מתחייב/ת שלא להשתמש בסמים ובחומרים האסורים לשימוש על פי תקנוני הפדרציה. אני מוותר/ת בזה על סודיותי הרפואית לכל בית חולים או רופא שימונה על ידי ההתאחדות.

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת המבקש / הורה \_\_\_\_\_

אם ברשותך רישיון ישראלי בתוקף, לנהיגה ספורטיבית, (יש לצרף צילום). אין צורך למלא את חלק ג'.

**ג. בדיקת רופא**

שם משפחה:	תעודת זהות:	טלפון נייד:
-----------	-------------	-------------

שם משפחה – רופא:	
שם פרטי – רופא:	
שם קופ"ח וסניף:	

פירוט	לא	כן
האם אתה הרופא/ה קבוע/ה של המבקש/ת?		
האם קיימת הוכחה לבעיה רפואית בליבו/ה או במע' הקרדיו - וסקולרית של המבקש/ת?		
האם קיימת הוכחה כי בהווה או בעבר סבל/ה המבקש/ת מבעיה נפשית המונעת ממנה לפי דעתך את היכולת להחזיק ברשיון מרוצים?		
האם יש למבקש/ת מגבלות כלשהן בהנעת ידיים או רגליים?		

פירוט	לא	כן
האם המבקש סובל מעיוורון צבעים?		
האם תוצאות בדיקת שדה ראייה כששתי העיניים פקוחות תקינות? (עם משקפיים או עדשות מגע אם נדרש)		
נא לציין תוצאות בדיקת לחץ דם		
האם תוצאות בדיקת השתן תקינות		
נבדק/ת מעל גיל 45 מחויב/ת בבדיקת מאמץ. האם התגלו ממצאים בעייתיים?		
האם מאושר להשתתפות במרוצי ספורט מוטורי		

הערות כלליות:

---



---

תאריך

חתימת הרופא + חותמת

היצירה 3 רעננה 4366349 ת.ד. 2526 ; פקס: 072-3730551 ; דוא"ל: [ilaka.org@gmail.com](mailto:ilaka.org@gmail.com)



Affiliated of FEDERATION INTERNATIONALE DE L'AUTOMOBILE

