תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הצהרה וויתור על תביעות לנשים בהריון – מבדקי יכולת מעשיים במסגרת מבחני קבלה ללימודים במכללה**

1. הנני מבקשת כי למרות היותי בהריון תאשרו לי, על אחריותי הבלעדית, להשתתף במבדקי יכולת מעשיים במסגרת מבחני קבלה ללימודים במכללה בתאריך \_\_\_\_\_\_\_ :

ענף ספורט אישי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ענף ספורט קבוצתי :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המבדקים הנ"ל כוללים פעילות גופנית מעשית.

השתתפותי במבדקים הינה ע"פ בחירתי החופשית והמליאה.

1. ידוע לי שהסכמתכם לבקשתי מבוססת על הצהרתי והתחייבותי במסמך זה וכן על אישור רופא מוסמך, המאשר לי באופן ברור וללא הסתייגות והגבלה להשתתף בפעילות גופנית מעשית במבדקי היכולת בתאריכים שלעיל, לאחר שאציג לו את תכנית המבדקים והוא יאשר ע"ג האישור הרפואי או בחתימתו על תכנית המבדקים כי עיין בתכנית. ידוע לי כי הסכמתכם מותנית בקבלתם של הצהרתי החתומה ואישור הרופא כאמור לעיל.
2. בנוסף, ידוע לי והנני מסכימה כי היענותכם לבקשתי מותנית בכך שהנני פוטרת בזה אתכם ואת כל הבאים מכוחכם ו/או מטעמכם מכל אחריות, חוזית ו/או בנזיקין, לרבות ברשלנות, לכל נזק או פגיעה או החמרתה אם, חס וחלילה, יגרמו לי עקב ו/או בקשר להשתתפותי במבדקים שלעיל והיותי בהריון.
3. הנני מתחייבת להודיעכם מיד ובכתב על כל שינוי במצב בריאותי ו/או ביכולתי המלאה להמשיך ולהשתתף במבדקים ובדבר כל הגבלה, אם תחול, בקשר לכך.
4. הנני מודעת לכל התוצאות והסיכונים האפשריים בקשר עם השתתפותי במבדקים למרות היותי בהריון, ומקבלת על עצמי, ע"פ בחירתי החופשית והמליאה ובאופן בלעדי את כל האחריות לכך ומתחייבת שלא להגיש כל תביעה נגדכם או נגד מי מעובדיכם או נגד משרד החינוך בקשר לכל פגיעה או נזק בקשר לאמור.
5. הנני מתחייבת לשפות אתכם במלוא ההוצאות, התשלומים והנזקים אם יגרמו לכם, בגין כל תביעה אם תוגש נגדכם על ידי או על ידי מי מטעמי או במקומי.
6. אין באמור כדי לגרוע או לשנות מאילו מהתחייבויותיי האחרות בקשר להשתתפותי במבדקים והאמור לעיל בא להוסיף על כך, ובכל מקרה, גובר על כל מסמך או התחייבות אחרים, אם יש בניהם סתירה.
7. ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה. פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת תוקף ביטוח זה בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין ו/או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה.
8. ידוע לי כי צוות ההוראה במבדקים אינו מוכשר ו/או מוסמך לבצע התאמות של תוכנית הפעילות הגופנית המעשית במבדקים למצבי הריון.
9. הנני מאשרת כי קראתי והבנתי והנני מסכימה, ללא כל הסתייגות, לכל האמור בהצהרתי והתחייבותי שלעיל.

שם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עד לחתימה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנו הח"מ, המכללה האקדמית בוינגייט, מאשרים השתתפותך במבדקים המנויים ברשימה שלעיל, כפוף לאישור הרופא, להצהרתך, ולהתחייבותך שלעיל.

המכללה האקדמית בוינגייט :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_