



Zdravotní způsobilost hráče – informace ke zdravotním prohlídkám

Stávající Soutěžní řád FAČR klubům FAČR ukládá:

1. Každý hráč je povinen zabezpečit si ve svém vlastním zájmu a na své náklady informaci o své zdravotní způsobilosti ke hraní fotbalu. U hráčů mladších 18 let má tuto povinnost jejich zákonný zástupce.
2. V případě zdravotní způsobilosti pro hraní fotbalu je hráč povinen vlastnoručně podepsat prohlášení následujícího znění: „Prohlašuji na základě lékařského posouzení svého zdravotního stavu, že jsem způsobilý absolvovat fyzickou zátěž fotbalových tréninků a utkání bez nebezpečí poškození svého zdraví.“
3. Prohlášení dle odstavce 2 musí být opatřeno datem a nesmí být starší než 1 rok. Kluby jsou povinny mít k dispozici prohlášení všech svých hráčů. Kontrolu prohlášení podle předchozí vět provádějí řídicí orgány soutěží, které v případě nedostatků (prohlášení s prošlou lhůtou, chybějící prohlášení hráčů) jsou oprávněny postihnout členský klub pořádkovou pokutou.

Zdravotní způsobilost hráče – informace pro hráče / zákonné zástupce

1. Zdravotní způsobilost hráče do 18 let zajišťuje a **potvrzuje jeho zákonný zástupce buď 1) podpisem pod čestné prohlášení o zdravotní způsobilosti hráče, nebo 2) lékařským potvrzením zdravotního stavu hráče spolupodepsaným zákonným zástupcem.** U hráče staršího 18 let podpis hráče nahrazuje podpis zákonného zástupce.
2. V případě, že zákonný zástupce hráče lékařské vyšetření odmítne, je zákonný zástupce povinen podepsat prohlášení o odmítnutí vyšetření, které je součástí tohoto dokumentu.
3. **Podepsané potvrzení o zdravotní způsobilosti vkládá, zákonný zástupce/hráč, naskenované (nafočené) do své členské sekce v rámci klubového systému KIS.**

Zdravotní způsobilost hráče – společná ustanovení

Hráč, který zdravotní potvrzení ani prohlášení rodiče/hráče nemá, **nesmí** nastoupit do tréninkové jednotky nebo k jakémukoliv utkání!



ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ – LÉKAŘSKÁ PROHLÍDKA

prohlášení hráče / zákonného zástupce hráče

„Prohlašuji na základě lékařského posouzení svého zdravotního stavu, že jsem způsobilý absolvovat fyzickou zátěž fotbalových tréninků a utkání bez nebezpečí poškození svého zdraví.“ Za hráče mladšího 18 let podepíše takové prohlášení jeho zákonný zástupce.

Jméno a příjmení hráče:

.....
Podpis hráče

.....
Podpis zákonného zástupce hráče



TJ Byšice, z.s.
Nádražní 450, 27732 Byšice
IČ: 47006153, ID klubu: 2060011
Číslo účtu: 107-1647270217/0100
www.tjbyšice.cz
tjbyšice@tjbyšice.cz

LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU HRÁČE

Potvrzení se vydává v zájmu způsobilosti hráče k volnočasové činnosti (fotbalu)

Klub: TJ Byšice, z.s.

Jméno a příjmení hráče:

Datum narození:

Bydliště:

Zdravotní pojišťovna:

Schopen:

Neschopen:

Schopen za podmínky:

Jiné sdělení lékaře:

Datum prohlídky:

Podpis a razítko lékaře:



PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE, KTERÝ NESOUHLASÍ S LÉKAŘSKOU PROHLÍDKOU U LÉKAŘE

Já níže podepsaný jakožto zákonný zástupce hráče – mého syna/dcery

Jméno a příjmení hráče:, rodné číslo:
(dále též „hráč“), prohlašuji, že jsem byl dostatečně seznámen s nutností a smyslem provádění lékařských prohlídek hráče ve smyslu níže citovaných zákonných ustanovení, a přesto s absolvováním lékařských prohlídek hráče, které jsou ukládány ustanovením § 51 a §52 z.č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách a vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 391/2013 Sb. ze dne 25.11.2013 o způsobilosti k tělesné výchově a sportu. **NESOUHLASÍM** s lékařskou prohlídkou a **PŘEBÍRÁM** tímto za hráče **veškerou právní i jinou odpovědnost**, a to jak za zdravotní stav a jeho případné poškození, včetně zdravotní způsobilost hráče v době všech akcí a aktivit pořádaných TJ Byšice, z.s., kdy je hráč fyzicky zatěžován, tak za případné následky, které hráči v souvislosti s jeho sportovní činností a poškozením jeho zdravotního stavu mohou vzniknout.

Datum:

.....
Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce hráče