

JUDOWN Sporcu Kayıt Formu



Judo – JUDOWN

İÇİNDEKİLER

Sayfa	Bölüm	İçerik
1	Bölüm A	Sporcu Kaydı
2 - 4	Bölüm B	Tıbbi
5 -6	Bölüm C	Muvafakat

SPORCU KAYIT FORMU

Form A



SPORCU BİLGİLERİ				FOTOĞRAF
Adı				
Soyadı				
Doğum Tarihi <i>gg/aa/yyyy</i>		Erkek ☐	Bayan ☐	
Kulübü				
TC Kimlik Numarası		Tarih		

VELİ/VASİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	
Adresi	
Telefon Numarası	
TC Kimlik Numarası	
Yakınlık	

Form B
Bölüm 1
(Doktor tarafından doldurulacaktır.)



TIBBİ BİLGİLER

DOWN SENDROMU OLDUĞUNU KANITLAYAN BELGELER

- Sporcunun Down Sendromlu olduğu açıkça belirtilmesi gereklidir:
 - Down Sendromu Trizomi 21
 - Down Sendromu Mozaik
- Bu kanıt sağlamanın en doğru yolu Sitogenetik Analiz için yapılan bir kan testidir.
- Teknik Kurulumuzun görüşüne göre kesin olmayan başka herhangi bir kanıt sunulması halinde, TÖSSFED sporcunun Sitogenetik Analize tabi tutulmasını talep etme hakkını saklı tutar. Sitogenetik Değerlendirme testi de dahil olmak üzere tüm kanıtlar, sporcunun durumuna ilişkin bir karar verecek olan TÖSSFED'e gönderilecektir. Analizle ilgili her türlü masraf sporcunun sorumluluğundadır.
- Not: Sitogenetik belgesinin bir nüshası eklenmelidir.**

DOWN SENDROMUNUN TIBBİ DOĞRULAMASI

Sporcunun Adı: _____ Doğum Tarihi: _____

Down Sendromu Trizomi 21 ☐ Down Sendromu Mozaik ☐

Kullanılan analizin ayrıntıları: _____

(Down sendromunu doğrulayan Sitogenetik Analizin bir kopyası eklenmelidir.)

İmza: _____ Tarih: _____

Doktor Adı-Soyadı: _____

Ünvanı: _____

Doktora ait:

İmza

Kaşe

Mühür

Form B Bölüm 2

(Doktor tarafından doldurulacaktır.)

ATLANTOAXIAL INSTABILITY (AAI)

Uzman doktor tarafından aşağıdaki testler ve sorular tamamlamalıdır. Gerekirse, AAI'nin onaylanması için ek kanıtlar talep edilebilir.

Down sendromlu kişilerin bazı spor dallarına katılımına aşağıdaki hükümlere tabi olarak izin verilmektedir:

- Veli/Vasi onayı alınır (18 yaşından küçükler için)
- Çenenin göğüste hareket edebilmesi için boyun fleksiyonu mümkünlüğü
- Kişinin iyi bir baş/boyun kas kontrolüne sahip olması

Tarama, nitelikli bir tıp doktoru tarafından yapılmalıdır. (pratisyen hekimler, ortopedi veya pediatri doktorları, tıp doktorları, fizyoterapistler)

Çenenin göğüste hareket edebilmesi için fleksiyon yapabilmesi.

Kişi, çenesi göğsüne dayanacak şekilde başını öne doğru yeterince eğebilmelidir.

Kişinin iyi bir baş/boyun kas kontrolüne sahip olması.

Kişi, bacakları düz olacak şekilde sırtüstü yatar, muayene görevlisi önden çekerken ellerinden tutularak oturur hale getirilir. Kişi yukarı çekilirken başı geriye doğru dönmemelidir, vücudunun geri kalanıyla birlikte öne doğru gelmelidir. (Test edilebilir.)

Sporcunun Adı- Soyadı: _____ Doğum Tarihi: _____

1. Kişinin baş / boyun kas kontrolü iyi mi? Evet ☐ Hayır ☐
2. Kişinin boyun fleksiyonu çenenin göğüs üzerinde durmasına izin veriyor mu? Evet ☐ Hayır ☐

Sporcunun yukarıdaki testlerden herhangi biri negatif sonuçlanırsa, spor faaliyetlerine katılamayacaktır. (Daha fazla bilgi için ilgili federasyona danışın)

Tarama tamamlandığında, eksiksiz doldurulmuş onay formunun bir kopyası bu kayıt formuna eklenmelidir. Antrenör, ikinci bir kopyayı referans olarak dosyasında saklamalıdır.

DOKTOR BİLGİLERİ:

Adı-Soyadı		Doktora ait: İmza Kaşe Mühür	
Uzmanlık Alanı			
Adresi			
Telefon Numarası			
İmza		Tarih	

Form B

Bölüm 3

(Doktor tarafından doldurulacaktır.)

SPORCUNUN GENEL SAĞLIĞI

Sporcunun Adı- Soyadı: _____ Doğum Tarihi: _____

Sporcunun, fiziksel sağlığı spor müsabakalarına katılmaya uygun mu? Evet ☐ Hayır ☐

Kısıtlamalar _____

Herhangi bir ilaç kullanıyor mu? Evet ☐ Hayır ☐
Evet ise, hangi ilaçları kullanıyor? _____

İlaç Adı	Uygulama Dozu	Uygulama Türü	Uygulama Sıklığı
Amaçlanan tedavi süresi (Lütfen uygun kutucuğu işaretleyin)		Bir defaya mahsus ☐ Acil durum ☐ Süre (hafta/ay) :	

1. Herhangi bir ilaç alerjisi var mı? Evet ☐ Hayır ☐ Eğer evet ise, hangisi? _____

2. Herhangi bir gıda alerjisi var mı? Evet ☐ Hayır ☐ Eğer evet ise, hangisi? _____

3. Herhangi bir gıda intoleransı var mı? Evet ☐ Hayır ☐ Eğer evet ise, hangisi? _____

4. Sağlık Hizmeti

Alerjiler: Evet ☐ Hayır ☐
Cilt: Evet ☐ Hayır ☐
Akciğer: Evet ☐ Hayır ☐

Astım: Evet ☐ Hayır ☐
Epilepsi: Evet ☐ Hayır ☐

5. Cerrahi: _____

6. Herhangi bir özel: _____

7. Aşı tarihi: Tetanos _____ Hepatit: _____

Form C

Bölüm 1

(Sporcu ve veli/vasi/antrenör tarafından doldurulacaktır.)



KABUL

- Ben _____ (s.adı soyadı) katılmayı kabul ediyorum.
- Down sendromumun durumu sorgulanırsa, Sitogenetik Analiz için bir kan testinin uygulanmasını kabul ediyorum. (Bunun maliyetinden sorumlu olacağımı anlıyorum.)
- Katıldığım herhangi bir etkinlikte doping testlerinin uygulanması durumunda, uyuşturucu testi amacıyla bir numune verilmesini kabul ediyorum.
- Bilgilerin ve veri koruma beyanlarının gizliliği;
 - TÖSSFED kayıtlı sporcular olarak, kayıtlarınız elektronik olarak tutulmaktadır.
 - TÖSSFED'dan bilgileri düzeltmesini veya güncellemesini isteyebilirsiniz.
 - Tıbbi bilgileriniz gibi kişisel bilgileriniz de, TÖSSFED dışında asla paylaşılmaz ve daha sonra yalnızca Down sendromu durumunuzu doğrulamak için paylaşılır
- Bilgilerimin etkinlik organizatörleriyle ve sadece faaliyet için gerekli olduğu durumlarda paylaşılmasını kabul ediyorum

Sporcu imzası: _____

Tarih: _____

Huzurunda İmzalanan
Kişinin Adı/Soyadı/İmzası _____

Tarih: _____

Sporcu ile yakınlığı _____

Form C

Bölüm 2

(Sporcu ve veli/vasi/antrenör tarafından doldurulacaktır.)



MEDYA TAZMİNATLARI HK.

Sporcunun adı: _____

TÖSSFED, organizasyonlarla ilgili herhangi bir faaliyette yer alan tüm sporcuların refahını ve güvenliğini sağlamamakla yükümlüdür.

Çocuk koruma politikamız uyarınca, sporcuların fotoğraflarının, videolarının veya diğer görüntülerinin ebeveynlerin ve sporcuların rızası olmadan çekilmesine müsaade edilmeyecektir.

Bu görüntüler şu şekilde kullanılabilir:

- Etkinliğin görüntüleri
- Broşürlerde/web sitelerinde/dergilerde gelecekteki faaliyetler veya etkinlikler için tanıtım materyalleri
- Tez konularında yayınlanacak makalelerde
- Gelecek Hibe / Sponsorluk Başvuruları

Aşağıda imzası bulunan, ebeveyn/vasi/sporcu/ antrenör olarak, yukarıda adı geçen katılımcının/yetkilinin TÖSSFED tarafından düzenlenen veya tanıtılan faaliyetler ve etkinlikler sırasında bağışçılar, sponsorlar, gazeteciler, organizatörler ve destekçiler tarafından fotoğraf/video alınmasına izin veriyorum.

Yukarıdaki görsel materyalin eğitim ve/veya tanıtım için ve/veya bağışçı ve sponsor kuruluşların raporlarında/yayınlarında kullanılabileceğini kabul ediyorum. Bu fotoğraflar/videolar TÖSSFED web sitesinde/sosyal medya platformlarında da paylaşılabilir.

Yukarıdaki fotoğraf/video çekimi ticari kazanç için olmayacaktır. Yukarıda adı geçen katılımcının/yetkilinin saygınlığı ve hakları, fotoğraf/video çekimi sırasında korunacaktır. TÖSSFED, bu görüntülerin/videoların yalnızca amaçlanan konular için kullanılmasını sağlamak için mümkün olan her adımı atacaktır. Bu görüntülerin uygunsuz bir şekilde kullanıldığının farkına varırsanız, TÖSSFED ile hemen bilgi@tossfed.gov.tr adresinden iletişime geçiniz.

Önemli Web siteleri yalnızca yerel olarak değil, dünya çapında görüntülenebilir. Bu görsellerin kullanım koşulları yukarıda belirtildiği gibidir.

Kullanım koşullarını okudum, anladım ve yukarıda belirtilen katılımcının/yetkilinin fotoğraf ve video medyalarının çekilmesine izin veriyorum.

Sporcu imzası: _____

Ebeveyn/Antrenör Adı: _____

İmza: _____

Sporcuyla yakınlığı: _____

Tarih: _____

Lütfen, formu eksiksiz doldurup belirtilen tüm ekler ile e-posta adresine gönderin.

ozelsporcularjudo@gmail.com