



Proszę wypełnić drukowanymi literami

Imię i Nazwisko..... Data urodzenia.....

Adres.....

Miasto..... kod.....

Telefon /komórka, praca/..... mail.....

Wzrost: (potrzebne do doboru skafandra)

A. Wymagania wstępne

zweryfikował

1. Stopień OWD lub ekwiwalent.

B. Wymogi formalne

1. Oświadczenie o ryzyku i odpowiedzialności

2. Oświadczenie o zrozumieniu standardów

3. Formularz medyczny/badanie lekarskie

C. Sprawdzian Wiedzy

.....

D. Wody otwarte

#1 Nurkowanie nawigacyjne

Data..... Miejsce..... Podpis Instruktora*..... Podpis kursanta**.....

#2 Nurkowanie głębokie

Data..... Miejsce..... Podpis Instruktora*..... Podpis kursanta**.....

#3 Nurkowanie

Data..... Miejsce..... Podpis Instruktora*..... Podpis kursanta**.....

#4 Nurkowanie

Data..... Miejsce..... Podpis Instruktora*..... Podpis kursanta**.....

#5 Nurkowanie

Data..... Miejsce..... Podpis Instruktora*..... Podpis kursanta**.....

** Oświadczenie Instruktora „Potwierdzam, że ten kursant spełnił wszystkie wymagania zaliczeniowe (opisane w Przewodniku Instruktorskim Programu Adventures in Diving) na to Nurkowanie z Przygodą PADI. Jestem odnowionym na rok bieżący instruktorem PADI w statusie nauczycielskim.”*

*** Oświadczenie kursanta „Potwierdzam, że spełniłem wszystkie wymagania przewidziane dla szkolenia w ramach tego Nurkowania z Przygodą. Zdaję sobie sprawę, że jest jeszcze dużo do nauczenia o tym rodzaju nurkowania i że ukończenie kursu specjalistycznego PADI w tym zakresie jest wysoce zalecane.”*

Data zaliczenia kursu:

PADI Centrum Nurkowe – Expedition Dive Team

OŚWIADCZENIE O RYZYKU I ODPOWIEDZIALNOŚCI.

Proszę przeczytać uważnie i wypełnić puste miejsca przed podpisaniem.

Jest to oświadczenie w którym zostajesz poinformowany o ryzyku związanym z nurkowaniem w abc oraz z nurkowaniem w sprzęcie scuba. W tym dokumencie znajdują się również stwierdzenia, które mówią, że bierzesz udział w nurkowaniu z abc lub sprzęcie scuba na swoje własne ryzyko.

Twój podpis pod tym dokumentem jest wymagany jako dowód, że otrzymałeś i przeczytałeś to oświadczenie. Ważne jest abyś przeczytał cały dokument przed jego podpisaniem. Jeżeli nie rozumiesz czegokolwiek w tym oświadczeniu, omów to z profesjonalistą nurkowym lub przewodnikiem. Jeśli jesteś niepełnoletni, dokument ten musi również podpisać twój rodzic lub opiekun.

Oświadczenie o ryzyku i odpowiedzialności niniejszym obejmuje i ma zastosowanie do wszystkich aktywności nurkowych, w których zdecydujesz się uczestniczyć jako części programu Adventures in Diving oraz Kursów Specjalistycznych PADI. Te nurkowania oraz szkolenie mogą zawierać, ale nie ograniczać się do Nawigacji, Nurkowania Nocnego, Nurkowania Głębokiego, Nurkowania na Wysokości, Nurkowania z Łodzi, Nurkowania ze Skuterem, Nurkowania w Prądzie, Nurkowania w Suchym Skafandrze, Nurkowania Wrakowego, Identyfikacji Ryb, Nurkowania Wielopoziomowego, Doskonałej Pływalskości, Poszukiwania i Wydobywania, Podwodnego Przyrodnika, Podwodnej Fotografii i Filmowania.

Ostrzeżenie

Nurkowanie w abc oraz w sprzęcie scuba niesie ze sobą nieodłączne ryzyko i może skutkować poważnymi obrażeniami lub śmiercią. Nurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego ze sprężonym powietrzem niesie z sobą nieodłączne ryzyko między innymi wystąpienia choroby dekompresyjnej, zatoru powietrznego lub innych obrażeń związanych z rozszerzającym się powietrzem, wymagających leczenia w komorze dekompresyjnej. Rozumiem również, że nurkowania, które są niezbędnym elementem szkolenia, mogą się odbywać w miejscach odosobnionych, zarówno pod względem odległości jak i czasu potrzebnego do przetransportowania do komory dekompresyjnej.

Nurkowanie w abc oraz sprzęcie scuba jest wyczerpującym fizycznie zajęciem i możesz być wyczerpany podczas takiej aktywności. Musisz szczerze i w pełni poinformować profesjonalistów nurkowych/przewodnika o swojej historii medycznej.

Wykluczenie odpowiedzialności

Rozumiem i zgadzam się, że ani moi instruktorzy: _____, ani firma Expedition Dive Team, dzięki której otrzymałem moje szkolenie, ani PADI International Ltd, czy InternationalPADI Inc, nie są odpowiedzialni za śmierć, obrażenia lub inne straty doznane lub spowodowane przez ciebie lub wynikłe z twojego własnego zachowania czy dowolnej sprawy lub warunków pod twoją kontrolą, które były przyczyną twojego zaniedbania.

W przypadku braku zaniedbania lub naruszenia obowiązków przez profesjonalistów nurkowych _____, firmę Expedition Dive Team, PADI International Ltd, czy InternationalPADI Inc, udział w nurkowaniu bierzesz wyłącznie na własne ryzyko.

JA _____

Imię i nazwisko uczestnika kursu

PRZYJMUJĘ NINIEJSZE OŚWIADCZENIE I STWIERDZAM, ŻE PRZECZYTAŁEM JE W CAŁOŚCI PRZED PODPISANIEM.

Podpis uczestnika szkolenia

Data

Podpis rodzica lub opiekuna (jeśli wymagany)

Data

PADI Centrum Nurkowe – Expedition Dive Team

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA.

Przeczytaj dokładnie przed podpisaniem.

Poniższe oświadczenie informuje o potencjalnym ryzyku związanym z nurkowaniem ze sprzętem powietrznym i postępowaniu podczas kursu. Twój podpis na tym oświadczeniu jest wymagany, żeby wziąć udział w szkoleniu oferowanym przez instruktora oraz Centrum Nurkowe Expedition Dive Team zlokalizowane w Gdańsku.

Musisz wypełnić kwestionariusz medyczny, aby móc uczestniczyć w szkoleniu nurkowym. Jeżeli jesteś niepełnoletni to oświadczenie muszą podpisać również rodzice lub opiekunowie.

Jeżeli stosujesz prawidłowe techniki, nurkowanie jest relatywnie bezpieczne. Postępowanie niezgodne z przyjętymi procedurami zwiększa ryzyko. Aby nurkować bezpiecznie należy być w dobrej kondycji i nie mieć nadwagi. Nurkowanie może być wyczerpujące w pewnych warunkach. System krążenia oraz system oddechowy muszą być w dobrym stanie. Przestrzenie powietrzne takie jak zatoki i ucho środkowe muszą być zdrowe. Nie powinny nurkować osoby cierpiące na choroby serca, mające katar lub choroby infekcyjne dróg oddechowych, padaczkę oraz inne poważne schorzenia lub będące pod wpływem alkoholu czy narkotyków. Jeżeli masz astmę, chorobę serca lub inne przewlekłe schorzenia lub jeśli regularnie bierzesz lekarstwa, zasięgnij porady lekarza i instruktora przed przystąpieniem do szkolenia. Instruktor zaznajomi Cię z ważnymi zasadami związanymi z odpowiednim oddychaniem i wyrównywaniem ciśnienia podczas nurkowania. Niewłaściwe używanie sprzętu może spowodować poważne obrażenia. Musisz zostać przeszkolony pod nadzorem uprawnionego instruktora jak bezpiecznie używać tego sprzętu. Jeżeli masz dodatkowe pytania dotyczące Oświadczenia Medycznego, omów je z Twoim instruktorem przed podpisaniem tego dokumentu.

Celem poniższego kwestionariusza jest ustalenie czy uczestnik powinien być przebadany przed przystąpieniem do kursu rekreacyjnego nurkowania. Pozytywne odpowiedzi nie muszą oznaczać dyskwalifikacji z nurkowania. Twierdząca odpowiedź oznacza, że występują okoliczności, które mogą wpływać na Twoje bezpieczeństwo podczas nurkowania i musisz poradzić się lekarza. Proszę odpowiedzieć **TAK** lub **NIE** na pytania dotyczące dawnych lub aktualnych problemów.

	T	N		T	N
Czy jesteś lub zamierzasz zajść w ciążę w najbliższym czasie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy miałeś wypadek nurkowy, chorobę dekompresyjną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy regularnie bierzesz lekarstwa na receptę lub bez recepty? (nie dotyczy środków antykoncepcyjnych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy z kręgosłupem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli masz ponad 45 lat i jednocześnie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operację związaną z kręgosłupem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• palisz fajkę, cygara lub papierosy			Cukrzycę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• masz wysoki poziom cholesterolu			Problemy z kręgosłupem, ramionami lub nogami – operacje, złamania, zwichnięcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• ktoś w rodzinie choruje na serce lub miał zawał			Niezdolność do umiarkowanych ćwiczeń? (marsz 1 km w 8 min.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy kiedykolwiek miałeś lub masz obecnie . . .			Nadciśnienie lub zażywasz lekarstwa, aby mu zapobiegać ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astmę, problemy podczas oddychania lub podczas ćwiczeń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy z sercem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Częste i ciężkie ataki kataru siennego lub innej alergii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataki serca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Częste przeziębienia, zapalenie zatok lub bronchit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chorobę wieńcową, operację serca, naczyń krwionośnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choroby płuc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operację ucha lub zatok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odmę opłucnową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zapalenie ucha, częściową utratę słuchu lub problemy z utrzymywaniem równowagi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operację klatki piersiowej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kłopoty z uciskiem w uszach w samolocie lub w górach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klaustrofobię lub agorafobię (lęk przed zamkniętą lub otwartą przestrzenią)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krwawienia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemy ze zdrowiem psychicznym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Przepuklinę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsję, ataki, konwulsje lub zażywasz lekarstwa, aby im zapobiegać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wrzody?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nawracającą migrenę lub zażywasz lekarstwa, aby jej zapobiegać?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kolostomię (przetokę chirurgiczną)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omdlenia i utratę przytomności (częściowe lub całkowite)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Czy nadużywałeś lub nadużywasz alkoholu, narkotyków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy często cierpisz na chorobę lokomocyjną (morską lub podczas jazdy samochodem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Podane przeze mnie informacje są zgodne z moją najlepszą wiedzą.

Imię i Nazwisko oraz podpis uczestnika

Data

Podpis rodziców lub opiekunów

Data