



PRIJAVNICA ZA TEČAJ

Spodaj podpisani(a), spol M Ž, rojen(a).....,
 ime in priimek datum rojstva

V, stanujem,
 kraj rojstva poštna številka, pošta, ulica s hišno številko

Telefon doma:, E-mail:

mobilni telefon:, zaposlen/obiskujem učno ustanovo

....., telefon:....., E_mail:

se prijavljam k tečaju za potapljača - na vdih/inštruktorja potapljanja - na vdih *, **, ***
(neustrezno prečrtaj). S podpisom te prijavnice izjavljam, da sem seznanjen s postopkom izvedbe
tečaja in se z njim strinjam.

Združenje ZIPS ni odgovorno za morebitne kraje, izgube ali poškodbe opreme, kakor tudi
ne za morebitne nesreče na organiziranih akcijah.

Maribor

.....
podpis

Za mlajše od 18 let
ime priimek starša, skrbnika podpis



info@zips.si
www.zips.si



IZJAVA O ZDRAVSTVENEM STANJU kandidata, za tečaj potapljanja

Glede na ta vprašalnik, se bo Vaš inštruktor potapljanja odločil ali je potrebno, da pred potapljaškim tečajem opravite zdravniški pregled. Vsi podatki, ki jih boste navedli, so zaupni in na vpogled samo Vašemu inštruktorju in zdravniku. Na sledeča vprašanja odgovorite z **DA** ali **NE**. Če niste prepričani, napišite **DA**.

-Ali ste mogoče noseči?
-Ali redno jemljete zdravila (razen kontracepcije)?
-Ali ste starejši od 45 let?
-Ali lahko prehodite 1 km?

Ali ste kdaj imeli, oziroma ali veste da imate:

- | | |
|---|---|
|Astmo ali napade težkega dihanja ob delu? |Operacijo na ušesih ali sinusih? |
|Pogoste ali resne alergične reakcije? |Vnetja ušes? |
|Pogoste bronhitise ali sinusitise? |Izgubo sluha? |
|Bolezen pljuč? |Vrtoglavice? |
|Pneumothorax (prosti zrak v prsni votlini)? |Težave z ravnotežjem? |
|Operacijo na prsnem košu? |Težave z izenačevanjem |
|Klaustrofobijo (strah pred zaprtim prostorom)? |pritiska v ušesih (v avionu ali pri vožnji v hribe)? |
|Epilepsijo (božjast)? |Pogoste bolečine v križu? |
|Pogoste migrene? |Operacijo na hrbtenici? |
|Sladkorno bolezen? |Hude krvavitve? |
|Visok krvni pritisk? |Težave s strjevanjem krvi? |
|Težave s srcem? |Hernio (kilo)? |
|Šum na srcu? |Rano na želodcu? |
|Srčni infarkt (srčno kap)? |Operacijo na trebuhu? |
|Bolečine za prsnico? |Potapljaško nesrečo? |
|Napade hitrega utripanja srca? |Dekompresijsko bolezen? |
|Nezavest ali izgubo spomina? |Odvisnost od alkohola? |
|Bolezen gibanja (morsko bolezen)? |Odvisnost od drog? |
|Resno prometno nesrečo? | |

Zaradi svoje varnosti, s svojim podpisom potrjujem, da so zgoraj navedeni podatki resnični.

Zavedam se, da navajanje napačnih podatkov ne škoduje samo meni, temveč tudi tistim, ki se bodo potapljali z menoj.

.....
datum *ime in priimek tečajnika podpis*

.....
datum in mesto podpis staršev oz. skrbnika za mladoletne (mlajše od 18 let)



info@zips.si
www.zips.si