

RECORD CARD

DANNE OSOBOWE:

Imię i nazwisko _____
 Adres _____ Miasto _____
 Województwo _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____
 Data Urodzenia _____ M. K. Telefon (kom.) _____; (kom2.) _____
 Email _____
 Dive lider (imię i nazwisko) _____ No. _____ Klub nurkowy _____

DANE OSOBY KONTAKTOWEJ W RAZIE WYPADKI :

Imię i nazwisko _____ Stopień pokrewieństwa _____ Telefon _____; (kom.) _____
 Adres _____ Miasto _____
 Województwo _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

OŚWIADCZENIE O POUFNOŚCI I UDOŚTĘPIENIU DANYCH

Wyrażam zgodę na to, by do celów szkolenia nurkowego oraz wydania licencji, SSI wykorzystało dane osobowe udostępnione podczas mojego szkolenia, obejmujące, między innymi, imię i nazwisko, adres pocztowy, adres e-mail, numer telefonu, datę urodzin, zdjęcie oraz numer licencji nurkowej. Te dane osobowe będą przechowywane w bazie SSI, zwanej także ODIn. SSI podejmie wymagane kroki mające na celu zapewnienie ochrony danych, a ja otrzymam nazwę użytkownika i hasło umożliwiające mi dostęp do bazy danych SSI w celu stwierdzenia, że moje dane osobowe tam zawarte są poprawne, aktualne i prawdziwe. Wyrażam zgodę na to, by SSI, współpracownicy SSI, autoryzowane centrum SSI lub filia SSI miały dostęp do moich danych dla celów weryfikacji moich kwalifikacji nurkowych.

Podpis

Data

ROZPOCZNIJ SWOJĄ PRZYGODĘ!

Uzyskaj certyfikat SSI Try Scuba & Try Scuba Diving.

Nurkowanie - jest to najlepszy sport, który można sobie wyobrazić! Jest wielkim hobby dla wszystkich, niezależnie od płci, wieku, możliwości i pożądanego poziomu przygód i adrenaliny. Jest to idealne zajęcie dla całej rodziny i dla tych, którzy uważają się samotnym wilkiem!
 Zapytaj swojego instruktora, jak zapisać się na kurs nurkowania i uzyskać certyfikat, który pozwoli Ci zanurzyć w dowolnym miejscu. Albo dostać się do centrum nurkowe SSI obok domu, odwiedzając stronę internetową www.diveSSI.com.

WYWIAD MEDYCZNY

Dla uczestnika:

Celem niniejszego kwestionariusza jest sprawdzenie, czy przed przystąpieniem do treningu nurkowania rekreacyjnego, nie powinien skonsultować swego stanu zdrowia z lekarzem. Pozytywna odpowiedź na którekolwiek z pytań nie oznacza dyskwalifikacji z nurkowania. Pozytywna odpowiedź oznacza, iż istnieje okoliczność, która może zaważyć na bezpieczeństwie Twojego nurkowania. Odpowiedz na poniższe pytania dotyczące stanu Twojego zdrowia wpisując w odpowiednie miejsca **TAK** lub **NIE**. Jeśli nie masz pewności, wpisz **TAK**. Jeśli na którykolwiek z punktów odpowiedziałeś(aś) **TAK** musisz skonsultować się z lekarzem przed rozpoczęciem kursu nurkowego. Od Instruktora otrzymasz odpowiedni formularz dla lekarza.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Jesteś w ciąży albo planujesz zajść w ciążę? | <input type="checkbox"/> Częste lub poważne objawy choroby lokomocyjnej (choroba morską, lokomocyjną, itd.)? |
| <input type="checkbox"/> Czy przyjmujesz obecnie leki na receptę? (nie dotyczy leków antykoncepcyjnych i antymalarycznych) | <input type="checkbox"/> Biegunkę lub odwodnienie wymagające interwencji lekarza? |
| <input type="checkbox"/> Czy masz więcej niż 45 lat i możesz odpowiedzieć TAK na przynajmniej jedno z poniższych pytań? | <input type="checkbox"/> Jakiegokolwiek wypadki nurkowe lub chorobę dekompresyjną? |
| <input type="checkbox"/> palę obecnie fajkę, papierosy lub inne wyroby tytoniowe | <input type="checkbox"/> Niezdolność do umiarkowanego wysiłku (przykładowo: przejście 1,5 km w ciągu 10 minut)? |
| <input type="checkbox"/> mam wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich pięciu lat? |
| <input type="checkbox"/> w mojej rodzinie były przypadki choroby wieńcowej lub udaru | <input type="checkbox"/> Powtarzające się problemy z plecami? |
| <input type="checkbox"/> jestem obecnie w trakcie leczenia | <input type="checkbox"/> Operację pleców lub kręgosłupa? |
| <input type="checkbox"/> mam wysokie ciśnienie | <input type="checkbox"/> Cukrzycę? |
| <input type="checkbox"/> mam cukrzycę, łącznie ze stadium kontrolowanym przez odpowiednią dietę | <input type="checkbox"/> Problemy z plecami, rękami lub nogami po operacji, urazie lub złamaniu? |
| czy miałeś(aś) w przeszłości poniżej wymienione choroby lub obecnie cierpisz Na... | <input type="checkbox"/> Wysokie ciśnienie lub przyjmujesz leki kontrolujące ciśnienie? |
| <input type="checkbox"/> Astmę, trudności w oddychaniu (zadyszka) podczas wysiłku? | <input type="checkbox"/> Chorobę wieńcową? |
| <input type="checkbox"/> Częste/rzadkie ataki kataru siennego lub alergii? | <input type="checkbox"/> Zawał serca? |
| <input type="checkbox"/> Częste przeziębienia, zapalenie zatok lub oskrzeli? | <input type="checkbox"/> Dusznicę bolesną, operację serca lub naczyń krwionośnych? |
| <input type="checkbox"/> Jakąkolwiek postać choroby płucnej? | <input type="checkbox"/> Operację zatok? |
| <input type="checkbox"/> Odmę opłucnową (zapadniętę płuco)? | <input type="checkbox"/> Chorobę lub operację uszu, utratę słuchu lub problemy z równowagą? |
| <input type="checkbox"/> Inne choroby lub zabiegi klatki piersiowej? | <input type="checkbox"/> Powtarzające się problemy z uszami? |
| <input type="checkbox"/> Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne (napady paniki, lęk zamkniętych lub otwartych przestrzeni)? | <input type="checkbox"/> Krwawienia lub inne problemy krwionośne? |
| <input type="checkbox"/> Epilepsję, ataki, konwulsje lub przyjmujesz leki zapobiegające im? | <input type="checkbox"/> Przepuklinę? |
| <input type="checkbox"/> Powtarzające się migreny lub przyjmujesz leki zapobiegające im? | <input type="checkbox"/> Wrzody lub operację na chorobie wrzodowej? |
| <input type="checkbox"/> Utraty przytomności lub omdlenia (całkowita/częściowa utrata przytomności)? | <input type="checkbox"/> Kolostomię lub ileostomię? |
| | <input type="checkbox"/> Nadmierne zażywanie leków lub alkoholu w ciągu ostatnich pięciu lat? |

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje dotyczące mojego stanu zdrowia podaję zgodnie z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność z powodu nie ujawnienia problemów zdrowotnych obecnie lub w przeszłości.

Podpis Kursanta

Data

Podpis Rodzica / Opiekuna, jeśli Kursanta jest niepełnoletniego

Data