

**OŚWIADCZENIE
szkoleniowe
z informacją o czynnikach zwiększających
zagrożenie związane z płetwonurkowaniem
(formularz przeznaczony tylko dla osób niepełnoletnich)**



Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z przedstawionymi poniżej informacjami nt. czynników zwiększających zagrożenie związane z płetwonurkowaniem. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku gdy którykolwiek z wymienionych niżej czynników występuje u pozostającego pod moją opieką niepełnoletniego, stanowi to przeciwwskazanie dla uprawiania płetwonurkowania bez uprzedniego przebycia badań lekarskich mających na celu ocenę, czy może on nurkować. Zdaję sobie sprawę, że w przypadku występowania u niepełnoletniego któregośkolwiek z wymienionych poniżej czynników powinienem/powinnam, dla jego własnego bezpieczeństwa, jak również bezpieczeństwa osób z nim nurkujących, skierować go na odpowiednie badania lekarskie przed rozpoczęciem udziału w nurkowaniu.

Oświadczenie wydawane jest na potrzeby nurkowania zapoznawczego (NZ) organizowanego przezw dniach.....

Niezależnie od bieżącego dokumentu, OCSP KDP PTTK zaleca regularne wykonywanie badań lekarskich.

OPIEKUN PRAWNY LUB PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY:

Imię Nazwisko.....

OPIEKUN PRAWNY LUB PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY:

Imię Nazwisko.....

DZIECKO:

Imię Nazwisko.....

A. Zagrożenia w postaci aktualnej choroby
Padaczka/epilepsja
Ciężkie uczulenia
Klaustrofobia (lęk przed zamkniętą przestrzenią)
Agorafobia (lęk przed otwartą przestrzenią)
Nadciśnienie tętnicze lub przyjmowanie leków do kontroli ciśnienia
Problemy lub jakakolwiek choroba serca (także zaburzenia rytmu serca)
Zaburzenia krzepnięcia krwi, zakrzepica
Cukrzyca
Choroba naczyń krwionośnych
Odma opłucnowa
Schorzenie układu pokarmowego (schorzenia jelita grubego, wrzody, kolostomia)
Jakakolwiek choroba płuc np. gruźlicę płuc
Astma lub świszczący oddech podczas wysiłku
Zapalenie zatok, zapalenie oskrzeli, zapalenie krtani, zapalenie ucha
Choroby psychiczne
Bóle migrenowe lub przyjmowane leki im zapobiegające
Problemy z kręgosłupem

B. Zagrożenia w postaci przebytego urazu bądź choroby
Operacje chirurgiczna ucha
Operacje gałki ocznej
Operacje chirurgiczna czaszki
Operacje chirurgiczna klatki piersiowej
Urazy klatki piersiowej z przebicciem jej ściany
Złamania kości czaszki
Utrata słuchu, operacje ucha lub zatok
Jakikolwiek rodzaj przepukliny
Operacje związaną z kręgosłupem
Zawał serca
Radioterapia lub chemioterapia

C. Zagrożenia w postaci choroby lub urazu z przeciągu ostatnich 3 miesięcy
Zapalenie ucha lub zatok
Złamanie kości
Utraty przytomności lub omdlenia
Zaburzenia równowagi
Wypadek nurkowy lub choroba dekompresyjna
Jakąkolwiek operacja
Gorączka krwotoczna

D. Zagrożenia ogólne
Nadużywanie alkoholu
Używanie narkotyków
Bycie w ciąży lub podejrzenie bycia w ciąży (dotyczy kobiet)
Przyjmowanie regularnie leków wypisywanych na receptę (z wyjątkiem antykoncepcyjnych)
Posiadanie niezdolności do wykonywania ćwiczeń (nawet umiarkowanych)
Posiadanie dodatkowych czynników narażających: otyłość, niepełnosprawność

Oświadczam, po zapoznaniu się z wymienionymi zagrożeniami, że nie stwierdzam, aby występowały u pozostającego pod moją opieką niepełnoletniego, przeciwwskazania do uprawiania pływania.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania instruktora w przypadku stwierdzenia, iż ze względu na stan zdrowia mojego podopiecznego, jego samopoczucie lub występowanie jakiegokolwiek z wymienionych wyżej czynników, zachodzą wątpliwości co do możliwości jego dalszego uczestniczenia w kursie.

Podpis opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.....

Podpis opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

.....