**OŚWIADCZENIE**

**rekreacyjne, zapoznawcze, szkoleniowe**

**z informacją o czynnikach zwiększających zagrożenie związane z płetwonurkowaniem**

**(formularz przeznaczony tylko dla osób niepełnoletnich)**

nurkuj z nami



cmas.pl

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 niepeł- noletniego, stanowi to przeciwwskazanie dla uprawiania płetwonurkowania bez uprzedniego przebycia badań lekarskich mających na celu ocenę, czy może on nurkować. Zdaję sobie sprawę, że w przypad- ku występowania u niepełnoletniego któregokolwiek 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 nurkowań rekreacyjnych, zapoznawczych (NZ)

i szkoleniowych (PMB,PMS,PMZ)organizowanych przez

.....................………………………..............................…………………………w 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) |
| Jakąkolwiek 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 przebiciem 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 podejrzewanie 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 występo- wały u pozostającego pod moją opieką niepełnoletniego, przeciwwskazania do uprawiania płetwo- nurkowania.

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

Podpis opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

……………………………………………………….

Podpis opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego

……………………………………………………….