



# Oświadczenie Bubblemaker

## Dokumentacja kursanta (informacje poufne)

PROSZĘ PISAĆ CZYTELNICIE.

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Miasto \_\_\_\_\_  
Województwo \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_  
Telefon domowy (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefon do pracy (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ Wiek \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### W RAZIE WYPADKU ZAWIADOMIĆ

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_  
Telefon Nr 1 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  domowy  praca  tel. komórkowy  
Telefon Nr 2 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  domowy  praca  tel. komórkowy  
Jak się o nas dowiedziałeś/aś? \_\_\_\_\_

## Historia Medyczna

Odpowiedz TAK lub NIE na pytania dotyczące dawnych lub aktualnych problemów zdrowotnych. **Jeżeli któreś ze stwierdzeń dotyczy Ciebie, musisz zasięgnąć porady lekarza przed uczestnictwem w zajęciach nurkowych.** Twój instruktor dostarczy ci oświadczenie medyczne RSTC i komplet wytycznych dotyczących badania lekarskiego nurków rekreacyjnych, abyś mógł je zabrać dla swojego lekarza.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Jestem przeziębiony  |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Miałem problemy z /cierpiałem na choroby układu oddechowego  |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Chorowałem na astmę, odmę lub gruźlicę   |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Mam właśnie zapalenie ucha   |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Mam nawracające problemy z uszami, chorobę uszu lub przeszedłem operację   |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Miałem problemy z zatokami   |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Miałem problemy z wyrównaniem ciśnienia w uszach w samolocie lub w górach  |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Jestem cukrzykiem  |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Miałem choroby serca (np. problemy z krążeniem, atak serca, dusznica)  |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Miałem drgawki, zawroty głowy lub omdlenia   |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Miałem zaburzenia układu nerwowego   |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Miałem problemy psychologiczne/ze zdrowiem psychicznym: ataki paniki, lęk przed zamkniętą lub otwartą przestrzenią |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Mam nawracające się problemy z kręgosłupem, przeszedłem operację kręgosłupa  |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Zażywam aktualnie leki, które mogą wpływać na upośledzenie moich reakcji (wyjątek: leki antymalaryczne)            |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Przeszedłem ostatnio operację/chorowałem   |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Jestem pod opieką lekarza/cierpię na chroniczną chorobę.   |

VERTE

# BUBBLEMAKER DEKLARACJA O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I ZGODA NA PRZEJĘCIE RYZYKA.

Dokładnie przeczytaj i wypełnij puste miejsca przed podpisaniem.

Ja, \_\_\_\_\_, rodzic/opiekun i \_\_\_\_\_ uczestnik, niniejszym stwierdzamy, że jesteśmy w pełni świadomi, że nurkowanie z aparatem powietrznym oraz nurkowanie na zatrzymanym oddechu niosą za sobą ryzyko.

Rozumiemy, że określone ryzyko związane jest z zajęciami prowadzonymi na basenie i wyraźnie przejmujemy ryzyko tych obrażeń.

Rozumiemy, że nurkowanie przy użyciu aparatu ze sprężonym powietrzem niesie ze sobą ryzyko i że dziecko może być narażone na to ryzyko. Może mieć miejsce choroba dekompresyjna, zator powietrzny oraz inne choroby związane z oddychaniem sprężonym gazem, wymagające leczenia w specjalistycznych ośrodkach hiperbarycznych. Zgadzamy się również na udział w zajęciach pomimo braku w sąsiedztwie komory dekompresyjnej.

Rozumiem i zgadzam się, że ani nurkowi profesjonaliści prowadzący program, ani firma, dzięki której otrzymałem szkolenie: \_\_\_\_\_, ani International PADI Inc. i związane z nią firmy, ani żaden z ich pracowników, przedstawicieli i agentów (zwani dalej Osobami Zwolnionymi z Odpowiedzialności) nie mogą być uznani winnymi lub odpowiedzialnymi za uraz lub śmierć czy inne szkody wobec mojego dziecka, mnie lub mojej rodziny, majątku, spakobierców lub przedstawicieli, wyniku z udziału mojego dziecka w tych zajęciach lub jako rezultat zaniedbania czynnego lub biernego związanych z tym osób fizycznych i prawnych.

Rozumiem również, że pletwonurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego, jak i bez niego, wymaga dużej aktywności fizycznej mojego dziecka i jest związane z dużym wysiłkiem, co może spowodować przemęczenie mojego dziecka podczas zajęć. Gdyby więc moje dziecko doznało obrażeń na skutek ataku serca, paniki, hiperwentylacji, utopienia się i in., formalnie przejmuję na siebie ryzyko opisanych wyżej przypadków i nie uznaję ww. osób odpowiedzialnymi za powstały uszczerbek na zdrowiu.

W przypadku dopuszczenia mojego dziecka do udziału w tym programie podpisując ten dokument, przejmuję na siebie całkowite ryzyko, związane z jego udziałem w powyższym programie, przewidziane lub nieprzewidziane, za jakiegokolwiek obrażenia, urazy albo uszkodzenia, które mogą spotkać moje dziecko podczas udziału w tym programie; zawiera to wszystkie ryzyka zamierzone i niezamierzone.

Ponadto zwalniamy i uznajemy za nieszkodliwe wymienione aktywności oraz Osoby Zwolnione z Odpowiedzialności od jakiegokolwiek żądań lub procesów wytoczonych przez moje dziecko, mnie, moją rodzinę, spakobierców lub przedstawicieli, wyniku z udziału mojego dziecka w tych zajęciach.

Rozumiemy i zgadzamy się, że jeśli jakiegokolwiek zabezpieczenie tej umowy okaże się niewykonalne lub nieważne, to zabezpieczenie powinno zostać usunięte z niniejszej umowy. Pozostała część umowy będzie wówczas zinterpretowana jak w przypadku, gdyby usunięty fragment nie został nigdy w niej zawarty.

Dodatkowo stwierdzam, że jestem pełnoletni, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i mogę podpisać powyższe oświadczenie o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej i jako rodzic wyrażam pisemną zgodą na uczestnictwo mojego dziecka w tych zajęciach.

Rozumiemy, że stwierdzenia zawarte w niniejszym dokumencie są wynikiem porozumienia stron i podpisujemy ten dokument dobrowolnie, wiedząc, że zrzekamy się w ten sposób swoich praw.

Ja, \_\_\_\_\_, RODZIC / OPIEKUN I \_\_\_\_\_, UCZESTNIK  
POPRZEZ TEN DOKUMENT I ZGADZAMY SIĘ NA ZWOLNIENIE OD ODPOWIEDZIALNOŚCI INSTRUKTORÓW  
PRZEPROWADZAJĄCYCH TE ZAJĘCIA ORAZ FIRMĘ CZY ORGANIZACJĘ, DZIĘKI KTÓREJ OTRZYMAŁEM SZKOLENIE ORAZ  
INTERNATIONAL PADI, INC., I WSZYSTKIE WYMIENIONE POWYŻEJ JEDNOSTKI OD JAKIEJKOLWIEK ODPOWIEDZIALNOŚCI  
ZA JAKIKOLWIEK USZCZERBEK NA ZDROWIU, STRATY MATERIALNE ALBO CZYMKOLWIEK SPOWODOWANĄ ŚMIERĆ,  
WŁĄCZAJĄC W TO, ALE NIE OGRANICZAJĄC TYLKO DO OBRAŻEŃ I STRAT WYNIKŁYCH Z ZANIEDBANIA CZYNNEGO LUB  
BIERNEGO OSÓB ZWOLNIONYCH Z ODPOWIEDZIALNOŚCI.

JEŚTEMY W PEŁNI ŚWIADOMI ZNACZENIA TREŚCI POWYŻSZEGO DOKUMENTU O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI  
PRAWNEJ I FORMALNYM PRZEJĘCIU RYZYKA, CO POTWIERDZAMY PRZEZ PODPISANIE GO W IMIENIU NASZYM, MOJEGO  
DZIECKA I NASZYCH SPADKOBIERCÓW.

\_\_\_\_\_  
Podpis uczestnika kursu

\_\_\_\_\_  
Data (dzień/miesiąc/rok)

\_\_\_\_\_  
Podpisy rodziców lub opiekunów

\_\_\_\_\_  
Data (dzień/miesiąc/rok)