



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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z przedstawionymi poniżej informacjami nt. czynników zwiększających zagrożenie związane z pletwonurkowaniem. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku gdy którykolwiek z wymienionych niżej czynników występuje u pozostającego pod moją opieką niepełnoletniego, stanowi to przeciwwskazanie dla uprawiania pletwonurkowania 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 rekreacyjnego organizowanego przez
.....w dniach.....

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

Dane opiekuna prawnego lub przedstawiciela ustawowego:

Imię **Nazwisko**.....

PESEL: **Dokument tożsamości/numer**.....

Telefon: **E-mail**.....

Dane dziecka:

Imię **Nazwisko**.....

PESEL: **Data Urodzenia**

| 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 |



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

| 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 |
| Jakikolwiek 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 stwierdziłam/nie stwierdziłem, aby występowały u pozostającego pod moją opieką niepełnoletniego, przeciwwskazania do uprawiania pletwonurkowania.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania osoby prowadzącej nurkowanie 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 zorganizowanych nurkowaniach.

Data podpis

.....