STUDENT

Prosím, vyplňte čitelně

Jméno _____ Datum narození _____ Věk _____
Křestní Prostřední Příjmení Den/Měsíc/Rok

Poštovní Adresa _____

Město _____ Stát/Kraj/Region _____

Země _____ Poštovní Směrovací číslo _____

Telefon domů ( )_____ Pracovní telefon ( ) _____

Email _____ FAX ( )_____

Jméno a adresa vaší rodiny nebo první lékařské pomoci

Lékař _____ Klinika/Nemocnice _____

Adresa _____

Datum posledního lékařského vyšetření _____

Jméno vyšetřujícího _____ Klinika/Nemocnice_____

Adresa _____

Telefon ( )_____ Email _____

Byl jste již někdy požádán o lékařské vyšetření pro potápění? ☐ Ano ☐ Ne Pokud ano, kdy?_____

LÉKAŘ

Tato osoba žádá o trénink nebo je v současné době kvalifikována pro potápění s přístrojem (automatický podvodní dýchací přístroj). Žádáme vás o posouzení uchazečovy zdravotní způsobilosti pro přístrojové potápění. Najdete přiložené pokyny pro vaši informaci a odvolání se.

Lékařský posudek

☐ Nezjistil jsem žádné zdravotní potíže, které by se neslučovaly s potápěním.

☐ Nemohu doporučit tohoto jedince pro potápění.

Poznámky _____

_____

_____

_____ Datum_____
Podpis lékaře nebo zákonného zástupce zdravotního praktika (Den/Měsíc/Rok)

Lékař _____ Klinika/Nemocnice _____

Adresa_____

Telefon ( )_____ Email _____