

**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**

- Nejistil 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 \_\_\_\_\_