

و او دریا را رام شما کرد ...

اینجانب فرزند بدین وسیله اعلام می دارم که کلیه موارد ذکر شده در فرم های:  
توافق نامه، تعهد نامه، دو برگه گواهی پزشکی، رضایت نامه و فرم ثبت نام را بطور کامل مطالعه نموده ام و  
تمام شرایط را می پذیرم.

**امضاء و اثر انگشت هنرجو**

#### فرم رضایت نامه کتبی

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه با توجه به مطالعه تعهد نامه و توافق  
نامه رضایت خود را برای حضور فرزند یا همسر در کلاس های آموزش غواصی  
از تاریخ تا تاریخ اعلام می نمایم.

**امضاء و اثر انگشت**

#### فرم ثبت نام کلاسهای غواصی

نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: شماره ملی:  
تاریخ تولد: وضعیت تاهل: میزان تحصیلات: نام معرف: شغل:  
گروه خونی:

سوابق ورزشی خود را به صورت مختصر شرح دهید.

در صورت داشتن بیماری خاص آن را به صورت مختصر شرح دهید.

آدرس منزل و محل کار:

تلفن تماس ضروری:

مبلغ تومان بابت هزینه پرداخت نموده ام.

**امضاء هنرجو**

و او دریا را رام شما کرد ...

## فرم تعهد نامه

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه بندهای ذیل را مطالعه نموده ام و خود را ملزم و متعهد به اجرای آن می دانم و همچنین با آگاهی کامل از موارد ایمنی در صورت بروز هرگونه حادثه یا سانحه ای اعم از مالی یا جانی که در اثر رعایت نکردن قوانین از طرف اینجانب باشد، هیچگونه اعتراضی نداشته و مربی غواصی هیچ مسئولیتی نخواهد داشت.

- ❖ رعایت کامل شئونات اسلامی و کلیه نکات اخلاقی.
- ❖ رعایت کلیه نکات تدریس شده توسط مربی مربوطه.
- ❖ برخورداری از هوشیاری و سلامتی کامل و عدم استفاده از هرگونه مشروبات الکلی و یا مواد مخدر در طول دوره.
- ❖ در صورت عدم همکاری و هماهنگی با اعضاء تیم طبق قوانین برخورد خواهد شد.
- ❖ چنانچه از طرف نیروی انتظامی هرگونه مخالفتی با ادامه سفر اینجانب شود هیچ گونه مسئولیتی متوجه مربی نخواهد بود.
- ❖ فقط در زمان آموزش، مربی مربوطه متقبل حوادث خواهد شد.
- ❖ در صورت جدا شدن و ترک تیم مسئولیت هرگونه اتفاق به عهده اینجانب می باشد.
- ❖ در صورت آسیب رساندن به لوازم آموزشی و یا گم کردن آن کلیه هزینه متوجه هنرجو می باشد.
- ❖ رعایت تمامی فرامین و قوانین مربی مربوطه الزامی است.
- ❖ تعهد می نمایم نسبت به نگهداری محیط زیست و دریا کوشا باشم و آسیب به آن نرسانم.
- ❖ در صورت داشتن بیماری خاص و اطلاع ندادن آن مسئولیت هرگونه اتفاق برعهده هنرجو می باشد.
- ❖ در صورت انصراف از کلاس بعد از تاریخ ثبت نام مبلغ 30٪ از کل شهریه کسر خواهد شد.
- ❖ در صورتی که به اعزام تیم هنرجو 3 روز مانده باشد و هنرجو اقدام به انصراف نماید مبلغ 50٪ از کل شهریه کسر خواهد شد.
- ❖ در صورت عدم رعایت سرعت (ده متر در دقیقه) مربی هیچ مسئولیتی را نخواهد پذیرفت.
- ❖ در صورت تکرور و جدا شدن از تیم و عدم رعایت از استانداردها، مربی مربوطه هیچ مسئولیتی را نخواهد پذیرفت.
- ❖ در صورت نامناسب بودن شرایط ژئوفیزیکی، اگر برنامه غواصی متوقف یا موکول به زمان دیگری شد اعتراضی ندارم.

امضاء و اثر انگشت هنرجو

## توافق نامه

بدین وسیله اعلام می دارم که اینجانب فرزند از این موضوع اطلاع دارم که غواصی احتیاج به انرژی و توانایی زیادی دارد و می دانم که ممکن است در حین غواصی در اثر عدم رعایت نکات تدریس شده به مشکلات و بیماری های غواصی مبتلا شوم و یا برایم مشکلاتی ایجاد گردد. اگر در سیستم تنفسیم مشکلی باشد، فشار می تواند باعث صدمه به من شود و همچنین می دانم غواصی یک ورزش مهیج و در عین حال خطرناک است. می دانم که از نظر جسمی و روحی باید از سلامت کامل برخوردار باشم و از دستورات مربی پیروی کنم تا برای خود و تیم همراه خطر ساز نباشم. من باید ویژگی های این ورزش را درک کنم و اثرات مثبت و منفی آن را فراگیرم و بکار بندم. در پایان هیچ نکته ای را کتمان نمی کنم و با علم کامل در کلاس غواصی شرکت می کنم و در طول دوره اطاعت محض و فرمانپذیری کامل را از مربی خود دارم.

اینجانب فرزند این متن را خوانده و این را می پذیرم اگر در حین آموزش غواصی در صورتیکه از دستورات مربی خود در طول دوره پیروی نکنم اگر در کلاس برایم حادثه ای پیش آمد هیچ مسئولیتی بر عهده مدرس و واحد آموزش نخواهد بود و هیچ تهمتی به آنها نخواهم زد و کلیه مسئولیت بر عهده خودم می باشد.

امضاء و اثر انگشت هنرجو

و او دریا را رام شما کرد ...

### فرم معاینه پزشکی

هدف از معاینه پزشکی، تنها ایجاد امکان غواصی در زیر آب با کمترین خطر برای فرد و بالا بردن امنیت وی می باشد. در نتیجه لازم است که هر فرد با دقت و صداقت، به سوالات پزشک پاسخ دهد. پزشک مربوطه بایستی یکسری نکات را کاملاً در نظر گیرد و در صورت بی توجهی به این نکات از سوی پزشک ممکن است سلامت و حتی زندگی غواص را به خطر بیافتد.

- |                          |  |                          |                       |                          |                 |
|--------------------------|--|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | تپش قلب  | <input type="checkbox"/> | درد گوش               | <input type="checkbox"/> | صرع و تشنج      |
| <input type="checkbox"/> | تنگی نفس                                       | <input type="checkbox"/> | وزوز گوش              | <input type="checkbox"/> | حاملگی          |
| <input type="checkbox"/> | ترشحات چرکی                                    | <input type="checkbox"/> | فشار خون بالا         | <input type="checkbox"/> | ضعف بینایی      |
| <input type="checkbox"/> | بیماری های اعصاب                               | <input type="checkbox"/> | بیماری های سینوسی     | <input type="checkbox"/> | سرفه های طولانی |
| <input type="checkbox"/> | تعادل و سرگیجه                                 | <input type="checkbox"/> | حساسیت فصلی           | <input type="checkbox"/> | تمام اشکال آسم  |
| <input type="checkbox"/> | بیماریهای گوش                                  | <input type="checkbox"/> | شب کوری یا کور رنگی   | <input type="checkbox"/> | دیابت           |
| <input type="checkbox"/> | حادثه های پیشین در غواصی                       | <input type="checkbox"/> | مصرف منظم برخی داروها | <input type="checkbox"/> |                 |
| <input type="checkbox"/> | زخمهای تکاملی یا دوره ای دستگاه گوارش          | <input type="checkbox"/> |                       | <input type="checkbox"/> |                 |
| <input type="checkbox"/> | مصرف مشروبات الکلی یا مصرف مواد مخدر           | <input type="checkbox"/> |                       | <input type="checkbox"/> |                 |
| <input type="checkbox"/> | شکستگی هایی که هنوز التیام کامل پیدا نکرده است | <input type="checkbox"/> |                       | <input type="checkbox"/> |                 |
| <input type="checkbox"/> | بیماریهای قلبی و تنفسی                         | <input type="checkbox"/> |                       | <input type="checkbox"/> |                 |

توصیه می شود که پزشک مربوطه، هر نوع معاینه دیگری را که لازم می داند حتماً انجام بدهد و فرد را دعوت نماید تا اظهارات خود را امضاء کند.  
اینجانب صحت مطالب فوق را تایید می نمایم.

امضاء

مدارک: NB/1\*/2\*/3\*/4\*/MC/MF/MN

صلاحیت غواصی را دارد.

فعلاً نمی تواند غواصی کند.

بعد از طول درمان بیماری.....می تواند غواصی کند.

به هیچ وجه نمی تواند غواصی کند و نباید غواصی کند.

امضاء



و او دریا را رام شما کرد ..

Name:

Sur name:

Father's name:

Date of Birth:

1. Ear disease & vestibular system problems
2. Cardiovascular & Pulmonary Disease
3. Neurologic Disease
4. Decrease of hearing
5. Constant cough
6. Seizur
7. Secretions of Ear
8. Purulent Secretions
9. Tinituss
10. Dyspnea
11. Color blindness
12. Allergy
13. Wheezing
14. Disease of eye Acute
15. Ear pain

## **Tests of physician**

**ECG**

**Sinuses X Ray**

Signature of physician