

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

<input type="checkbox"/> CERTIFICATO MEDICO	<input type="checkbox"/> CSEN
<input type="checkbox"/> ACCONTO	<input type="checkbox"/> SALDO

Il/la sottoscritto/a

COGNOME	NOME
CODICE FISCALE	

LEGGERE ATTENTAMENTE PRIMA DI FIRMARE:

Io sottoscritto/a _____ quale socio del Club Subacqueo Belluno A.S.D. dichiaro:

- di essere in regola con il tesseramento
 - di essere in possesso di certificato medico attestante l'idoneità all'attività sportiva dilettantistica
 - di essere stato completamente informato dei pericoli inerenti all'attività subacquea in apnea e con autorespiratore
- Premesso che il Club Subacqueo Belluno A.S.D. e/o l'istruttore potrebbero essere citati in causa in relazione al corso subacqueo a cui ho richiesto di iscrivermi e che potrebbe comportare ferite, inabilità permanenti e/o la morte e/o altri danni a me e/o alla mia famiglia,

dichiaro e convengo

di assumermi tutti i rischi connessi a questo corso, relativamente ad ogni eventuale fatto dannoso, incidente o malattia conseguente all'attività che verrà svolta. Ciò al fine di sollevare da ogni azione rivendicativa da parte mia, della mia famiglia o dei miei credi, i responsabili del Club Subacqueo Belluno A.S.D., gli istruttori e gli aiuto-istruttori.

Riconosco che quanto esposto ha contenuto contrattuale.

DATA

FIRMA (del genitore/tutore se minorenne)

Dichiaro

di aver letto attentamente quanto indicato circa la volontà di sollevare il Club Subacqueo Belluno A.S.D. e i suoi incaricati da qualsiasi responsabilità relativa a ferite e, danni o morte accidentale anche se causata da negligenza e di approvarlo espressamente.

DATA

FIRMA (del genitore/tutore se minorenne)

MI IMPEGNO A:

- mantenere una buona forma mentale e fisica, evitando di trovarmi, sotto l'influsso di alcool o farmaci pericolosi durante l'immersione
- dopo un periodo di inattività, a controllare l'addestramento in condizioni di sicurezza
- controllare l'efficienza e lo stato dell'attrezzatura prima di ogni immersione
- rifiutare di prestare l'attrezzatura a subacquei non in possesso di brevetto
- ascoltare attentamente le istruzioni e le indicazioni dei responsabili dell'attività subacquea
- usare con competenza le tabelle di immersione o computer, limitando la profondità massima al mio livello di preparazione ed esperienza, rispettando gli standard di sicurezza della didattica adottata
- mantenere il giusto assetto in immersione, posizionando la cintura dei piombi in modo tale che possa essere sganciata con facilità in caso di emergenza
- rispettare il regolamento del corso e della piscina e a pagare la quota completa del corso anche se questo verrà da me interrotto prima della fine.

IN CASO DI IMMERSIONI IN ARA:

- utilizzare sempre il G.A.V. (giubbotto ad assetto variabile) ed il manometro nelle immersioni con ARA

IN CASO DI IMMERSIONI IN APNEA:

- evitare le iperventilazioni nelle immersioni in apnea, non trattenere il respiro o fare pause nel respirare aria compressa

SI ISCRIVE AL CORSO DI:

Lo scopo del presente questionario medico è di valutare se devi fare una visita dal tuo dottore, prima di partecipare ad un addestramento ricreativo per subacquei Freediving o Scuba. Una risposta positiva ad una domanda non significa necessariamente che non sei idoneo alla subacquea. Una risposta positiva significa che esiste una condizione pregressa, che potrebbe mettere a rischio la tua sicurezza in immersione, e che devi cercare di conseguenza il consiglio del tuo medico, prima di prendere parte alle attività subacquee.

Per favore, rispondi alle seguenti domande, sulla tua storia medica passata e presente, con un SI' o con un NO. Se non sei sicuro, rispondi con un SI. Se qualcuno dei seguenti punti ti riguarda, ti chiediamo di consultare un medico, prima di partecipare ad immersioni Freediving o Scuba.

_____ Potresti essere incinta, o stai cercando di esserlo?

_____ Stai prendendo in questo momento dei medicinali prescritti? (Con l'eccezione di quelli per il controllo delle nascite o antimalarici)

HAI PIÙ DI 45 ANNI E DEVI RISPONDERE SÌ A UNO O PIÙ DEI SEGUENTI PUNTI?

_____ Fumo di pipa, sigarette, sigari

_____ Storia famigliare di attacchi cardiaci o di ictus

_____ Pressione sanguigna alta

_____ Livelli alti di colesterolo

_____ Terapie mediche in corso

_____ Diabete mellito, anche se solo controllato attraverso la dieta?

HAI AVUTO O HAI ORA:

_____ Asma, affanno respiratorio o affanno sotto sforzo?

_____ Dissenteria o disidratazione, che richiedano cure mediche?

_____ Angina o chirurgia vascolare o cardiaca?

_____ Frequenti o severi attacchi febbrili o allergie?

_____ Un incidente subacqueo o patologie da decompressione?

_____ Chirurgia ai seni?

_____ Raffreddori, sinusiti o bronchiti frequenti?

_____ Incapacità a sostenere sforzi moderati, come per esempio camminare per 1,6 km in meno di 12 minuti?

_____ Problemi o chirurgia auricolare, problemi di udito o di equilibrio?

_____ Qualche malattia polmonare?

_____ Traumi cranici con perdita di coscienza negli ultimi 5 anni?

_____ Problemi ricorrenti alle orecchie?

_____ Pneumotorace (polmone collassato)?

_____ Problemi alla schiena ricorrenti?

_____ Emorragie o altri problemi ematici?

_____ Altre malattie toraciche o chirurgia toracica?

_____ Chirurgia spinale, o alla schiena in generale?

_____ Ernia?

_____ Disturbi del comportamento, problemi mentali o psicologici (attacchi di panico, paura degli spazi chiusi o aperti)?

_____ Diabete?

_____ Ulcera o chirurgia gastrica?

_____ Epilessia, tremori, convulsioni, o prendi medicinali per curarli?

_____ Problemi alla schiena, alle braccia, alle gambe, derivanti da chirurgia, lesioni o fratture?

_____ Colostomia o ileostomia?

_____ Emicrania ricorrente o prendi medicinali per evitarla?

_____ Pressione alta o medicinali per abbassarla?

_____ Uso di droghe per motivi personali o medici, o episodi di alcolismo, negli ultimi 5 anni?

_____ Blackout o svenimenti (perdita di coscienza, totale o parziale)?

_____ Malattie cardiache?

_____ Frequenti episodi di Cinetosi (mal di mare, mal d'auto, ecc. ecc.)?

_____ Attacchi cardiaci?

Le informazioni mediche fornite sulla mia storia medica sono accurate, per quanto di mia conoscenza. Comprendo e concordo che una omissione nella dichiarazione delle mie condizioni di salute passate e presenti può portare a lesioni gravi o alla morte. Assumo espressamente i rischi derivanti da qualsiasi omissione da me fatta, sia intenzionalmente che involontariamente, nella dichiarazione delle condizioni mediche passate o presenti.

LUOGO E DATA

NOME E COGNOME LEGGIBILI

FIRMA(Firma del genitore/tutore se minorenne)
