



SCUBADREAMER DIVING COLLEGE

SURNAME

NAME

DATE OF BIRTH - -

ADDRESS

ZIP CODE **CITY**

Prov **COUNTRY**

Email

PHONE

LICENSE LEVEL **Num.**

AGENCY **EXPERIENCE: NUM. OF DIVES**

LAST DIVE

HOLIDAY ARRIVAL - - **DEPARTURE** - -

Hotel **ROOM**

DIVING CENTER

COURSE	EXP
NOTE	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
GROUP	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
COMPANIONS	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

AT EQUIPMENT INSIDE BOX

BOX

QT	DESCRIPTION	SIZE	NOTE
	MUTU WETSUIT MAN		
	MUTD WETSUIT WOMAN		
	SHOR SHORTY		
	GAV JACKET		
	ERO COMPLETE REGULATOR		
	OCT ONLY OCTOPUS		
	PIN FINS		
	MAS MASK		
	KG KILOS		
	PRIV PRIVATE EQUIPMENT		

PASSPORT NUMBER

STAFF DIVING



Имя

Фамилия

Написав свое имя здесь, я соглашаюсь нести ответственность за содержание этой страницы.

Осознание рисков и освобождение от ответственности при занятии рекреационным дайвингом RAID.

Это юридический договор, исключаящий Ваши права на подачу иска. Внимательно прочитайте перед подписанием. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ - во время занятия дайвингом используется снаряжение и методы жизнеобеспечения, которые имеют определенные риски и могут привести к серьезным травмам, болезням или смерти.

Принимая во внимание то, что мне разрешено участвовать в обучении подводному плаванию, я _____ (имя студента печатными буквами) соглашаюсь подписать настоящее соглашение и соблюдать Кодекс ответственного дайвера RAID. Я понимаю, что это соглашение между мной, моей семьей, наследниками и любимыми лицами, у которых могут быть претензии от моего имени; и **Scuba Dreamer** _____ (название учебного центра печатными буквами), включая всех инструкторов, строения, дайв-боты и места тренировочных погружений, которые меня обучают или в которых я обучаюсь; Scuba Schools International ("RAID"); и каждый из их соответствующих владельцев, директоров, сотрудников, представителей, волонтеров, агентов, подрядчиков и любых других их представителей, независимо от того, названы ли они конкретно или нет (далее именуются "освобожденные стороны").

Я добровольно принимаю на себя весь риск получения травмы, возникновения заболевания или наступления смерти, вызванные занятием дайвингом и всеми связанными с ним действиями, будь они предсказуемы или нет, включая, но не ограничиваясь рисками, связанными с: плаванием, входом в воду и выходом из воды, падением, ударом о судно или потерей судна, отделением от группы или потерей под водой, задержкой дыхания, ранее существовавшими заболеваниями, сердечной недостаточностью, чрезмерным напряжением, паникой, утоплением, травмами, связанными с давлением, декомпрессионной болезнью, травмами полученными от контакта с морской жизнью или подводными объектами, неизвестными причинами, неисправностями снаряжения, неправильным планированием погружения, или ненадлежащими действиями других дайверов или персонала (в том числе неспособность спасти, привести в чувства, реанимировать или оказать экстренную помощь).

Я согласен отказаться от претензий и не подавать в суд на освобожденные стороны и освобождаю их от ответственности передо мною, моими представителями, наследниками (включая несовершеннолетних детей) за любой ущерб и повреждения, которые могут быть нанесены мне лично или моей собственности, либо стать причиной моей смерти в результате любого действия или бездействия, включая неосторожность освобожденных сторон, связанных с моим обучением дайвингу и всей соответствующей деятельностью. Я согласен с тем, что я несу ответственность за информирование моей семьи и всех тех, кто может иметь законные права от моего имени, что я заключил настоящее соглашение, и они также связаны этим соглашением. Я согласен с тем, что я или моя собственность должны покрыть (оплатить) расходы освобожденных сторон по любому иску, предъявленному от моего имени в результате моего участия в подводном плавании и всех связанных с ним действиях.

Я внимательно прочитал, понял и согласился соблюдать Кодекс ответственного дайвера RAID во время всех погружений. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что несу ответственность за свою безопасность и благополучие во время всех погружений и связанных с ними мероприятий. Я отвечаю за то, чтобы быть физически, медицински и психически пригодным для участия в обучении дайвингу. Я подтверждаю, что вся личная информация, предоставленная мною в медицинских анкетах, является правдивой и точной, насколько мне известно, и я не буду считать других ответственными за любые травмы, заболевания или смерть, вызванные моей неспособностью описать состояние моего здоровья. Я несу ответственность за конфигурацию, сборку и проверку моего снаряжения, чтобы убедиться, что оно мне подходит и функционирует должным образом. Я несу ответственность за планирование и выполнение всех моих действий связанных с дайвингом, включая предупреждение потенциальных чрезвычайных ситуаций. Я не буду привлекать к ответственности никого, в том числе освобожденные стороны, за неспособность защитить мое благополучие, обеспечить правильное использование снаряжения или компетентно проводить свои погружения. Я не буду совершать погружения в условиях, которые не соответствуют моим способностям и уровню комфорта. Если условия становятся опасными, или я плохо себя чувствую, или я получаю травму, я немедленно сообщу об этом дайв-лидеру и приму меры для исправления ситуации. Я понимаю, что погружения могут проводиться в местности, значительно удаленной (по времени или расстоянию) от барокамеры или медицинской учреждения. Я понимаю, что обучение дайвингу не гарантирует мою безопасность и что несчастные случаи происходят даже при соблюдении надлежащих процедур. Я понимаю важность и свою ответственность за приобретение личной страховки, которая конкретно охватывает чрезвычайные ситуации, связанные с дайвингом, экстренную транспортировку и медицинское лечение.

Я понимаю и соглашаюсь, что учебные центры RAID и аффилированные к ним дайв-профессионалы RAID, связанные с курсом в котором я участвую, имеют право на использование различных товарных знаков RAID и имеют право проводить обучение, но не являются агентами, сотрудниками или франчайзи Scuba Schools International (RAID) или любой из ее головных, дочерних или аффилированных компаний. Я также понимаю, что учебные центры RAID, профессионалы RAID и их деятельность являются независимыми и не принадлежат ни RAID, ни дочерним или головным компаниям RAID, и что, хотя RAID и устанавливает стандарты обучения, RAID не несет ответственности, а также не имеет права осуществлять хозяйственную деятельность и контролировать повседневное ведение курсов RAID и осуществлять надзор за учебным центром и за дайверами, аффилированными дайв-профессионалами и вспомогательным персоналом. Я понимаю и соглашаюсь, что в случае травмы, болезни или смерти во время этой деятельности я не буду иметь законного права подать в суд на RAID за действия, бездействие или невнимательность учебного центра, аффилированных дайв-профессионалов и других лиц, связанных с этой деятельностью.

Я прочитал данное соглашение и кодекс ответственного дайвера RAID. Я четко понимаю свою ответственность и то, что я отказываюсь от юридических прав, подписывая это соглашение. Я понимаю, что это юридический договор, и я добровольно подписываю его без давления или дальнейшего принуждения. Я понимаю, что это безусловное и полное освобождение от любой ответственности в максимально допустимой законом степени. Если какая-либо часть настоящего соглашения будет признана юридически неосуществимой или недействительной, эта часть будет отделена от соглашения, а остальная часть будет иметь полную силу и действие. Я согласен быть связанным настоящим соглашением без изменения предварительно напечатанного текста. Условия настоящего соглашения остаются в силе для всех занятий по подводному плаванию (включая обучение на начальном уровне и курсы продолженного обучения) и связанных с ними мероприятий в течение одного года с даты подписания этого соглашения. Мне больше 18 лет и я юридически компетентен участвовать в этом соглашении, или я получил письменное согласие моего родителя или опекуна, заполнив дополнительную форму для детей не достигших 18 лет.

Имя студента (печатными буквами)

Подпись студента

Дата (ДД/ММ/ГГ)

Родитель/опекун (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата (ДД/ММ/ГГ)

Состояние здоровья дайвера | Анкета обучаемого

Любые спуски под воду и фридайвинг (ныряние и плавание на задержке дыхания) требуют хорошего физического и психического здоровья. Погружения при наличии перечисленных ниже заболеваний (состояний) могут быть смертельно опасны. Все лица, у кого такие заболевания присутствуют, или кто предрасположен к любому из этих состояний, должны обязательно пройти обследование у врача. Настоящий опросник (анкета о состоянии здоровья) позволяет каждому самостоятельно быстро оценить, есть ли необходимость обратиться к врачу. Если у Вас заболевание, не представленное в опроснике, и Вы сомневаетесь, опасно ли Вам заниматься дайвингом, обязательно посоветуйтесь с врачом. Если вы чувствуете себя плохо, не участвуйте в погружениях. Если Вы подозреваете, что можете быть заразны для окружающих из-за инфекционного заболевания, защитите себя и других, не участвуйте в обучении дайвингу и/или в погружениях. Термин «дайвинг» в настоящем документе предполагает как рекреационные погружения под воду с дыхательными аппаратами, так и фридайвинг. Анкета предназначена, прежде всего, для начальной оценки состояния здоровья лиц, начинающих первичное обучение, однако она пригодится и опытным дайверам, получающим дополнительную подготовку. Поскольку речь идет о Вашей безопасности и о безопасности всех, кто будет погружаться вместе с вами, пожалуйста, отвечайте честно на все вопросы.

Обратите внимание:

Предварительное заполнение анкеты обязательно для участия в обучении дайвингу.

Примечание для женщин: если вы беременны или планируете беременность в ближайшем будущем, не погружайтесь.

1	У меня были приступы одышки, заболевания легких, сердца, крови, я перенес COVID-19.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. A	Нет <input type="checkbox"/>
2	Я старше 45 лет.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. B	Нет <input type="checkbox"/>
3	Я с трудом выполняю физические упражнения умеренной интенсивности (например, пройти 1 километр за 9 минут или проплыть 200 метров без отдыха) ИЛИ в последние 12 месяцев у меня были ограничения в занятиях физкультурой по состоянию здоровья или по причине плохой физической формы.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
4	У меня были заболевания глаз, ушей, носа или околоносовых пазух.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. C	Нет <input type="checkbox"/>
5	Я перенес хирургическое вмешательство в течение последних 12 месяцев или испытываю проблемы со здоровьем, связанные с ранее выполненной операцией.	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>
6	Я терял сознание, у меня были приступы мигрени, судороги, я перенес инсульт, черепно-мозговую травму; у меня хронические неврологические нарушения или заболевания.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. D	Нет <input type="checkbox"/>
7	В настоящее время или в течение последних пяти лет я проходил лечение у психолога или у психиатра (психологические проблемы, расстройства личности, панические атаки, алкогольная или наркозависимость), у меня в детстве/юности отмечалась задержка развития (были трудности с освоением школьной программы).	Да <input type="checkbox"/> см. табл. E	Нет <input type="checkbox"/>
8	У меня бывают боли в спине, установлен диагноз грыжи, есть кожные язвы, у меня диабет.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. F	Нет <input type="checkbox"/>
9	У меня были проблемы с желудком или кишечником, недавно были расстройства стула.	Да <input type="checkbox"/> см. табл. G	Нет <input type="checkbox"/>
10	Я принимаю лекарства, отпускаемые по рецепту (за исключением противозачаточных или противомаларийных кроме мефлохина / лариама).	Да <input type="checkbox"/> *	Нет <input type="checkbox"/>

ПОДПИСЬ ОБУЧАЕМОГО

Если вы ответили НЕТ на все 10 вопросов выше, вам не требуется осмотр врача. Пожалуйста, прочтите приведенное ниже заявление, если Вы с ним согласны, подпишите форму и поставьте дату.

Заявление: я честно ответил на все вопросы и понимаю, что принимаю на себя всю ответственность за любые последствия неточных ответов и сокрытия фактов о состоянии своего здоровья, как о нарушениях в настоящее время, так и о заболеваниях, перенесенных в прошлом.

Подпись обучаемого (или родителя/опекуна)

Дата дд/мм/гггг

Имя участника

Дата рождения (dd/mm/yyyy)

Scuba Dreamer

Имя инструктора

Имя объекта

***Если Вы ответили ДА на вопросы 3,5, 10 ИЛИ на любые вопросы на стр. 2, пожалуйста, прочитайте заявление выше и подпишите, если Вы с ним согласны, поставьте дату. Участие в обучении дайвингу обязательно требует предварительного одобрения со стороны врача. Передайте все три страницы этой формы (анкету обучаемого и бланк, заполняемый врачом) в медицинскую организацию, где Вы будете проходить осмотр.**

Состояние здоровья дайвера | Продолжение анкеты обучаемого

ТАБЛИЦА А – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:

Хирургическое вмешательство на органах грудной полости, на сердце (на клапанах, на коронарных артериях, включая стентирование) или пневмоторакс.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Обструкция дыхательных путей, сопровождающаяся ограничением физической активности в течение последних 12 месяцев: бронхиальная астма, астматический бронхит, ХОБЛ, аллергические реакции, включая сенную лихорадку, и др.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Заболевания и состояния, связанные с нарушением работы сердца: стенокардия, боли в груди при физической нагрузке, сердечная недостаточность, отек легких погружения, инсульт, ИЛИ я принимаю лекарства, назначенные по поводу заболевания сердца.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Рецидивирующий бронхит, хронический кашель в течение последних 12 месяцев ИЛИ установленный диагноз эмфиземы легких.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Диагноз COVID-19.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА В – Я СТАРШЕ 45 ЛЕТ И:

Я курю табак или употребляю (вдыхаю) никотин иными способами.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
У меня высокий уровень холестерина.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
У меня высокое артериальное давление (гипертония).	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Мой близкий (кровный) родственник в возрасте до 50 лет внезапно умер от заболевания сердца или от инсульта, ИЛИ у моих родителей развились заболевания сердца в возрасте до 50 лет (включая нарушения ритма, ишемическую болезнь сердца или кардиомиопатию).	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА С – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:

Хирургическое вмешательство на околоносовых пазухах в течение последних 6 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Заболевание уха или хирургическое вмешательство на органах слуха, потеря слуха или нарушение вестибулярного аппарата.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Рецидивирующий синусит в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Хирургическое вмешательство на глазах в течение последних 3 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА D – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:

Черепно-мозговая травма с потерей сознания в течение последних 5 лет.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Стойкие неврологические нарушения или заболевание нервной системы.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Повторяющиеся приступы головных болей в течение последних 12 месяцев, или я принимаю лекарства для их предупреждения.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Случаи потери сознания (полной / частичной) или обмороки в течение последних 5 лет.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Эпилепсия, малые / большие припадки, судороги, или я принимаю лекарства для их предупреждения.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА E – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:

Психические или психологические проблемы со здоровьем, требующие лечения.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Депрессия, суицидальные настроения, панические атаки, биполярное расстройство, требующие медикаментозной коррекции или лечения у психиатра.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Психическое заболевание или задержка развития (в детстве или юности), требующие постороннего ухода.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Пристрастие к наркотикам или алкоголю, требующие лечения, в течение последних 5 лет.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА F – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:

Повторяющиеся в последние 6 месяцев боли в спине, ограничивающие мою повседневную активность.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Хирургические операции на позвоночнике в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Сахарный диабет (оба типа) или гестационный диабет в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Не скорректированная хирургическим способом грыжа, ограничивающая мои физические возможности.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Незаживающие язвы кожи, осложненные раны или хирургическая операция пластики язвы / раны в течение последних 6 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>

ТАБЛИЦА G – У МЕНЯ ПРИСУТСТВУЕТ / Я РАНЕЕ ПЕРЕНЕС:

Функционирующий свищ или стома желудка-кишечного тракта при отсутствии разрешения заниматься плаванием или физкультурой.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Состояние обезвоживания, потребовавшее медицинской помощи, в течение последних 7 дней.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Неза рубцевавшаяся язва желудка или кишечника, хирургическое лечение язвенной болезни в течение последних 6 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Частая изжога, отрыжка пищей или гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Язвенный колит или болезнь Крона вне стойкой ремиссии.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>
Бариатрическое хирургическое вмешательство в течение последних 12 месяцев.	Да <input type="checkbox"/>	Нет <input type="checkbox"/>