

Verklaring van Risico's en Aansprakelijkheid / Verklaring van Kennisneming en Begrip: Zelfstandige (Organisatie)

Lees deze verklaring zorgvuldig door en vul alle lege plekken in voordat je haar ondertekent

Verklaring van Risico's en Aansprakelijkheid

Dit is een verklaring waarin je geïnformeerd wordt over de risico's van snorkelen. De verklaring beschrijft tevens de omstandigheden waaronder je op eigen risico deelneemt aan het excursie. Boottochten kunnen worden uitgevoerd op een locatie / gebied / plaats die op afstand ligt, hetzij door tijd of afstand, hetzij beide vanuit een ziekenhuisopname. Bovendien, tijdens boot reizen van en naar sites / gebieden / plaatsen, je moet alle veiligheidsinstructies van de kapitein / bemanningsleden volgen en verzorgen terwijl je in of uit de boot en aan boord om te voorkomen dat uitglijden, vallen of verdrinking. Je handtekening onder deze verklaring is vereist en dient als bevestiging dat je deze verklaring ontvangen en doorgenomen hebt. Het is belangrijk dat je de inhoud van deze verklaring doorleest voordat je haar ondertekent. Mocht je iets uit deze verklaring niet begrijpen, bespreek dit dan met je instructeur. Als je minderjarig bent moet dit formulier ook door een ouder of voogd worden ondertekend.

Waarschuwing

Aan snorkelen zijn risico's verbonden die tot ernstige verwonding of overlijden kunnen leiden. Snorkelen zijn lichamelijk inspannende en je zult tijdens dit excursie moe worden. Je moet de duikprofessionals en het centrum waar je dit excursie volgt volledig en naar waarheid informeren over je medisch verleden.

Aanvaarding van Risico

Ik begrijp en ga ermee akkoord dat noch de duikprofessionals die dit programma verzorgen, noch het duikcentrum waar dit programma gegeven wordt, Liamis Dive Center, noch de bemanning of de eigenaar van de schepen "M / V APOLLON", "M / V CLEO", noch PADI EMEA Ltd., noch PADI Americas, Inc. noch hun aangesloten of dochtermaatschappijen, noch hun respectievelijke werknemers, functionarissen, agentschappen of rechtverkrijgenden (in het hier volgende "gevrijwaarde partijen" genoemd) aansprakelijk gesteld kunnen worden voor overlijden, verwonding of andere door mij geleden schade die door mijzelf veroorzaakt wordt of die het gevolg is van mijn eigen handelingen of door iets waar ikzelf iets aan had kunnen doen, en daarmee gerekend wordt tot mijn eigen mede-oorzakelijke nalatigheid.

In de afwezigheid van elke vorm van nalatigheid of andere schending van plicht door de duikprofessionals die dit programma verzorgen, het duikcentrum waar dit programma gegeven wordt, Liamis Dive Center, de bemanning of eigenaar van de schepen "M / V APOLLON", "M / V CLEO", PADI EMEA Ltd., PADI Americas Inc., en alle gevrijwaarde partijen als hierboven benoemd, is mijn deelname aan dit duikprogramma volledig op eigen risico.

IK BEVESTIG DE ONTVANGST VAN DEZE VERKLARING VAN KENNISNEMING EN BEGRIP: ZELFSTANDIGE (ORGANISATIE) EN DE VERKLARING VAN RISICO'S EN AANSPRAKELIJKHEID, EN IK BEVESTIG DAT IK ALLE VOORWAARDEN HEB DOORGENOMEN VOORDAT IK DEZE VERKLARINGEN ONDERTEKEN.

Naam deelnemer (in blokletters a.u.b.)

Handtekening deelnemer

Datum (dag/maand/jaar)

Handtekening van ouder/voogd (indien van toepassing)

Datum (dag/maand/jaar)

MEDISCHE VERKLARING DOSSIER VAN DE DEELNEMER

Beantwoord de volgende vragen van je medische achtergrond (verleden of heden) met **JA** of **NEE**. Als je ergens niet zeker van bent, vul dan **JA** in.

- Neem je momenteel medicijnen in op recept? (uitzondering anticonceptie en ter voorkoming van malaria) _____
- Heb je je medicijnen op de boot? _____

Heb je ooit last gehad of heb je momenteel...

- Epilepsie, toevallen, stuip trekkingen of neem je medicijnen om die te voorkomen? _____
- Black-outs of flauwvallen (volledig/ gedeeltelijk verlies van bewustzijn)? _____
- Regelmatig of ernstig last van bewegingsziekten (zeeziekte, wagenziekte, etc.)? _____
- Enige hartkwaal, Hartaanval, Angina, operatie aan bloedvaten? _____
- Heb je allergiën ? _____ Welke ? _____

Kun je zwemmen? Ja Nee

De informatie die ik heb gegeven over mijn medische geschiedenis is naar mijn beste weten correct. Ik accepteer de verantwoordelijkheid voor het achterhouden van informatie over mijn huidige medische toestand en mijn medische

Deelnemersinformatie

Naam _____

Geboortedatum _____ Leeftijd _____ Geslacht M V
Dag/Maand/Jaar

Postadres _____

Woonplaats _____ Provincie _____

Postcode _____ Land _____

E-mail _____

HOTEL: _____ ROOM NUMBER: _____

CONTACTINFORMATIE BIJ NOODGEVALLEN

Naam _____ Relatie _____ Telefoon (_____) _____