

PROHLÁŠENÍ O RIZICÍCH A ODPOVĚDNOSTI

CZ

Prosíme Vás, abyste si před podpisem vše pečlivě pročetl(a) a doplnil(a) prázdná místa.

Tímto prohlášením Vás informujeme o nebezpečích šnorchování/skin diving. V prohlášení se dále stanoví podmínky, za kterých se zúčastníte v této exkurzi na vlastní nebezpečí.

Váš podpis na tomto prohlášení je nutný jako doklad o tom, že jste prohlášení obdržel(a) a přečetl(a) si je. Je důležité, abyste si před podpisem přečetl(a) obsah tohoto prohlášení. Nerozumíte-li něčemu v prohlášení, prodiskutujte to prosím se svým instruktorem. Jste-li nezletilý(á), musí tento formulář podepsat i jeden z rodičů nebo opatrovník.

VAROVÁNÍ

Šnorchování/skin diving v sobě skrývá vrozená nebezpečí, jež mohou vést k vážnému zranění nebo smrti.

Šnorchování/skin diving je fyzicky náročná činnost a během tohoto v této exkurzi se budete muset namáhat.

Výlety lodí mohou být prováděny v místě / oblasti / místě, které je vzdálené, a to buď časem nebo vzdálenou,

nebo oběma od hospitalizace. Navíc při plavbě lodí do az míst / oblastí / míst byste měli dodržovat všechny

bezpečnostní pokyny od členů kapitána / posádky a dbát na to, aby se plavili na lodi , aby se zabránilo

sklouzávání, pádu nebo utopení. Potápěčské profesionály a zařízení, které tuto exkurzi nabízí, musíte

pravdivě a plně informovat o svém zdravotním stavu.

AKCEPTOVÁNÍ RIZIKA

Beru na vědomí a vyjadřuji souhlas s tím, že ani potápěčští profesionálové, kteří vedou tento program, ani zařízení, které tento program organizuje, Liamis Dive Center, ani posádka nebo majitel plavidel "M / V APOLLON", "M / V CLEO", ani PADI EMEA Ltd., ani PADI Americas, Inc., ani jejich pobočné či přidružené společnosti, ani žádný z jejich zaměstnanců, činitelů, agentů nebo právních zástupců nepřijímá žádnou odpovědnost za smrt, zranění či jinou ztrátu, kterou utrpím, do té míry, že vyplýne z mého vlastního jednání nebo z materiálu či stavu pod mou kontrolou, což se kvalifikuje jako moje vlastní spoluzavinění z nedbalosti.

Při neexistenci jakékoli nedbalosti či jiného porušení povinností ze strany potápěčských profesionálů, kteří vedou tento program, zařízení, které tento program nabízí, , Liamis Dive Center, posádka nebo majitel plavidel "M / V APOLLON", "M / V CLEO", PADI EMEA Ltd., PADI Americas, Inc. a všech stran uvedených výše, je moje účast v tomto potápěčském programu plně na mé vlastní nebezpečí.

JSEM PLNĚ INFORMOVÁN(A) O OBSAHU TOHOTO PROHLÁŠENÍ O DOHODĚ O NEAGENTURNÍM ZVEŘEJNĚNÍ A POTVRZENÍ A PROHLÁŠENÍ O RIZICÍCH A ODPOVĚDNOSTI, NEBOŤ JSEM SI OBĚ PROHLÁŠENÍ PŘED JEJICH PODPÍSEM PŘEČETL(A).

Jméno _____

Křestní Prostřední Příjmení

Podpis účastníka

Datum (den/měsíc/rok)

Podpis rodiče/opatrovníka (tam, kde se to vyžaduje)

Datum (den/měsíc/rok)

ZDRAVOTNÍ MINULOST

Prosíme, odpovězte na následující otázky o vaší zdravotní minulosti i současném zdravotním stavu ANO nebo NE. Jestliže si nejste jistý(á), odpovězte ANO. Jestliže se Vás některá z těchto otázek týká, musíme vás před účastí na potápění požádat o konzultaci s vaším lékařem.

- Užíváte pravidelně léky na předpis? (s výjimkou antikoncepce nebo anti-malarik) _____
- Máte sebou své léky na lodi? _____

Měl(a) jste někdy nebo v současné době máte...

- Epilepsie, záchvaty, křeče nebo užíváte léky k jejich zabránění? _____
- Ztráty vědomí nebo omdlávání (úplné nebo částečné ztráty vědomí)? _____
- Trpíte často nebo silně nemocemi z pohybu (mořská nemoc, nevolnost z jízdy autem)? _____
- Srdeční onemocnění, srdeční záchvat, angína, operace srdce nebo operace žil?

- Máte nějakou alergii ? _____ Jakou? _____

Umíte plavat? Ano Ne

Informace, které jsem poskytl (a) o mé lékařské minulosti jsou přesné podle mého nejlepšího vědomí. Souhlasím, že přejímám zodpovědnost za opomenutí informace, která se týká mého poškození, přiznáním současného zdravotního stavu nebo v minulosti.

Jméno _____

Křestní Prostřední Příjmení _____

Datum narození _____ Věk _____ Pohlaví: M Ž
Den/Mesíc/Rok

Poštovní Adresa _____

Město _____ Stát/Kraj/Region _____

Země _____ Poštovní Směrovací číslo _____

Email _____

Hotel _____ Room number _____

KONTAKTNÍ INFORMACE PRO PŘÍPAD NOUZE

Jméno _____ Vztah _____ Tel. (_____) _____