



# Bubblemaker Statement

## Личное дело участника программы (информация конфиденциальна)

**PADI**  
padi.com

Пожалуйста, заполняйте разборчиво.

Имя \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_  
Адрес \_\_\_\_\_  
Город \_\_\_\_\_ Область \_\_\_\_\_  
Страна \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_  
Домашний телефон ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

С кем связаться в экстренной ситуации \_\_\_\_\_ Кем приходится \_\_\_\_\_  
Основной телефон: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  Домашний  Рабочий  Мобильный  
Дополнительный телефон: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  Домашний  Рабочий  Мобильный

Как вы о нас узнали? \_\_\_\_\_

### Медицинская анкета

**Информация для участника:** Просьба ответить "ДА" или "НЕТ" на следующие вопросы относительно истории Ваших болезней. При наличии положительно ответа на один из вопросов Вы должны обязательно проконсультироваться с врачом до начала занятий дайвингом. При необходимости попросите у инструктора Медицинское заявление (№ 10063), чтобы показать его врачу.

- Да  Нет Страдаете ли Вы сейчас простудным заболеванием или закупоркой сосудов?
- Да  Нет У Вас были респираторные заболевания?
- Да  Нет Страдаете ли Вы астмой, была ли у Вас эмфизема или туберкулез?
- Да  Нет Страдаете ли Вы в настоящее время инфекционным заболеванием уха?
- Да  Нет Страдали ли Вы ранее заболеванием ушей, оперировали ли Вам уши?
- Да  Нет Страдаете ли Вы заболеванием носа и околоносовых синусов?
- Да  Нет Испытываете ли Вы проблемы с ушами во время полета на самолете или подъема в горы?
- Да  Нет Есть ли у Вас диабет?
- Да  Нет Страдаете ли Вы заболеванием сердца (сердечно-сосудистым заболеванием, стенокардией, был ли у Вас инфаркт)?
- Да  Нет Случались ли у Вас приступы, головокружения, обмороки?
- Да  Нет Были ли у Вас нервные расстройства?
- Да  Нет Страдаете ли Вы психическими расстройствами, есть ли у Вас психологические проблемы (приступы паники, боязнь закрытого или открытого пространства)?
- Да  Нет Были ли у Вас травмы спины, позвоночника и хирургические вмешательства по этому поводу?
- Да  Нет Принимаете ли Вы сейчас прописанные врачом медицинские препараты (исключение составляют препараты против малярии)?
- Да  Нет Делали ли Вам недавно операцию, болели ли Вы недавно?
- Да  Нет Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача, страдаете ли хроническим заболеванием?

# **BUBBLEMAKER ASSUMPTION OF RISK AND LIABILITY RELEASE AGREEMENT**

## **Соглашение о понимании ответственности и пределов допустимого риска**

**Внимательно прочитайте документ и заполните все пустые графы прежде чем его подписывать.**

Я, \_\_\_\_\_ (родитель/опекун), и \_\_\_\_\_, участник программы, заявляю, что понимаем и осознаем, что занятия дайвингом связаны с определенной степенью риска.

Мы понимаем, что участие в занятиях дайвингом, проводимых в бассейне или закрытой воде, влечет за собой определенный риск, и готовы принять этот риск.

Мы понимаем, что погружения с использованием сжатого воздуха сопряжены с определенным риском и ребенок будет подвергаться этому риску. Погружения могут привести к возникновению декомпрессионной болезни, эмболизма и других гипербарических травм, лечение которых осуществляется в барокамере. Мы понимаем, что занятия могут проходить в отдаленных местах, где нет доступа к барокамере. Тем не менее, мы намерены продолжать занятия даже в том случае, если барокамера отсутствует в месте их проведения или недалеко от него.

Мы понимаем и согласны с тем, что ни профессионал PADI, проводящий обучение, ни дайв-центр \_\_\_\_\_, в котором он работает, ни корпорация PADI International Limited Inc, а также никто из ее сотрудников, служащих, агентов и доверенных лиц (далее именуемых "сторонами, освобожденными от ответственности") не могут привлекаться к ответственности в той или иной мере за любые травмы, смерть и другие повреждения, причиненные моему ребенку, мне лично, членам моей семьи, наследникам и доверенным лицам и возникшие как результат участия ребенка в учебном погружении, а также как результат небрежности, активной или пассивной, любой из сторон, включая стороны освобожденные от ответственности.

Мы также понимаем, что занятия дайвингом связаны с физической нагрузкой и что в ходе данного курса ребенок будет подвергаться нагрузкам. Мы осознаем, что ребенок может пострадать в результате сердечного приступа, паники, гипервентиляции и т. д. Мы признаем возможность допустимого риска и не предъявим претензий к перечисленным выше лицам и организациям в случае, если ребенок получит указанные травмы.

Мы понимаем, что, разрешив ребенку заниматься подводным плаванием, мы принимаем на себя риск в отношении любых повреждений, ущерба и травм, которые могут произойти во время курса, включая предвиденный и непредвиденный риск.

Мы также обязуемся не подавать в суд на эту программу и освобожденные от ответственности стороны от своего имени, имени ребенка, а также от лица своей семьи, агентов, наследников с жалобами по поводу зачисления и участия в этой программе.

Мы согласны с тем, что, если какое-либо положение данного заявления будет признано не имеющим законной силы, оно будет исключено из этого документа. В таком случае следует считать, что исключенное положение никогда не было частью данного заявления.

Я заявляю, что достиг(ла) совершеннолетнего возраста и имею законное право подписать данное соглашение об освобождении от ответственности и, являясь родителем ребенка, даю письменное согласие на его участие в программе.

Мы понимаем, что условия, приведенные в этом документе, являются контрактными, а не просто перечислены для принятия к сведению, и подписываем его по собственной воле.

Я, \_\_\_\_\_ (РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН), и \_\_\_\_\_, УЧАСТНИК ПРОГРАММЫ, ПОДПИСЫВАЯ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ, НАМЕРЕВАЕМСЯ ОСВОБОДИТЬ ПРОФЕССИОНАЛА PADI, ПРОВОДЯЩЕГО ОБУЧЕНИЕ, ДАЙВ-ЦЕНТР, В КОТОРОМ ОН РАБОТАЕТ, КОРПОРАЦИЮ INTERNATIONAL PADI, INC., А ТАКЖЕ ВСЕХ ЛИЦ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫШЕ, ОТ ЛЮБОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА НАНЕСЕННЫЕ МНЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, УЩЕРБ СОБСТВЕННОСТИ, СМЕРТЬ, НЕЗАВИСИМО ОТ ЕЕ ПРИЧИН, ВКЛЮЧАЯ, НО НЕ ОГРАНИЧИВАЯСЬ, ВОЛЬНОЙ ИЛИ НЕВОЛЬНОЙ НЕБРЕЖНОСТЬЮ ОСВОБОЖДЕННЫХ СТОРОН.

Я ОЗНАКОМИЛСЯ (ЛАСЬ) С СОДЕРЖАНИЕМ ЭТОГО ДОКУМЕНТА ОБ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПРЕДЕЛАХ ДОПУСТИМОГО РИСКА, ПРОЧИТАЛ(А) ЕГО, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОДПИСАТЬ ОТ МОЕГО СОБСТВЕННОГО ИМЕНИ И ОТ ЛИЦА МОЕГО РЕБЕНКА И НАСЛЕДНИКОВ.

\_\_\_\_\_  
Подпись участника

\_\_\_\_\_  
Дата (день месяц / год)

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя или опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата (день месяц / год)