



SFF BESTÄMMELSER FALLSKÄRMSVERKSAMHET

Kapitel: 404:05 bilaga 1

Ärende: TANDEMINSTRUKTÖRSTJÄNST

Datum: 2000-12-28

HÄLSO- OCH ANSVARSFÖRKLARING FÖR TANDEMPASSAGERARE

Personnummer: _____ - _____

Namn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

Telefon: _____

Har Du eller har Du haft:

- | | Nej | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ✓ öron-, näsa-, halsproblem, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ hjärt-, kärlsjukdom, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ kramper eller epilepsi, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ svimningar, yrsel eller andra rubbningar av medvetandet, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ ämnesomsättningsjukdom, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ sjukdom eller skada på hjärna, ryggmärg eller nerver, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ psykiska besvär, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ✓ sjukdom eller skada i skelett, muskler, leder eller rygg, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

eller annan allvarlig sjukdom eller skada avrådes Du bestämt från deltagande i fallskärmshoppning utan att ha genomgått läkarundersökning för fallskärmshoppare.

Genom att underteckna detta formulär medger Du att Du är helt införstådd med att fallskärms-hoppningen sker på egen risk och eget ansvar. Inga krav kan alltså i efterhand göras gällande mot instruktör, klubb eller förbund etc.

_____ den / 20_____
ort och datum

underskrift / namnteckning

målsmans underskrift / namnteckning

namnförtydligande