

אני _____ מצהיר בזאת כי אני מודע לכך שבצלילה חופשית יש סיכונים מסוימים, שעלולים לגרום לפגיעה חמורה או למוות. בכל זאת אני בוחר להשתתף בפעילויות צלילה חופשית של AI (APNEA INTERNATIONAL). אני מבין ומסכים כי התאחדות AI, לרבות עובדיה, פקידיים, סוכנים, קבלנים או באי כוחה (המכונה לקמן "הצדדים המשוחררים") לא תישא בחבות או באחריות בכל דרך שהיא לכל פגיעה, מוות או נזק אחר לי, למשפחה, לרכוש, ליורשים או לבאי כוחי, העלולים להתרחש כתוצאה מההשתתפות שלי בפעילות צלילה חופשית עם AI או כתוצאה מרשלנות של צד כלשהו, כולל הצדדים המשוחררים אם פסיביים או אקטיביים. בתמורה לכך ש-AI מאפשר לי להשתתף בפעילות הצלילה החופשית, אני נוטל באופן אישי את כל הסיכונים של החוויה, בין אם צפויים או בלתי צפויים, העשויים לקרות לי בזמן שאני צולל עם צלול - צלילה חופשית באילת.

אני מצהיר כי אני בעל כושר נפשי וגופני טוב עבור צלילה חופשית וכי אני תחת השפעת אלכוהול, וגם אני תחת השפעה של סמים הנוגדים את עקרונות הצלילה החופשית. אני מצהיר כי מילאתי הצהרה רפואית וכי אם התבקשתי כתוצאה מהשלמת ההצהרה הרפואית לקבל אישור מרופא, ראיתי רופא ויש לי אישור לצלילה חופשית. אני מצהיר גם כי אני בגיל החוקי המוסמך לחתום על שחרור זה מאחריות.

אני מבין שהמונחים כאן הם חוזיים ולא הצהרתיים בלבד, וכי חתמתי על מסמך זה מתוך רצוני החופשי שלי ועם הידיעה כי אני מסכים בזאת לוותר על זכויותיי המשפטיות. אני גם מסכים כי אם כל הוראה של הסכם זה נמצא בלתי ניתן לאכיפה או לא תקפה הוראה זו תינתק מהסכם זה. יתרת הסכם זה תתפרש כאילו ההוראה הבלתי ניתנת לאכיפה מעולם לא נכללה בה.

חתימת המשתתף: _____ :

תאריך החתימה: _____ :

מתחת לגיל 18: שם הורה/אפוטרופוס: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

נא לקרוא בעיון לפני החתימה.

שם: _____ תאריך: _____ (שנה/חודש/יום)

תאריך לידה: _____ (שנה/חודש/יום) מין: _____

צלילה חופשית היא פעילות תובענית ויכולה להיות מאומצת, ועליך להיות במצב בריאותי טוב כדי להשתתף בקורס. אם יש לך שאלה כלשהי לגבי כשירותך להשתתף בקורס, יש להתייעץ עם הרופא המטפל.

מטרת השאלון הרפואי היא לברר אם עליך להיבדק על ידי רופא, לפני השתתפותך בפעילות הצלילה החופשית. תשובה חיובית לאחת השאלות אינה בהכרח פוסלת את השתתפותך בפעילות צלילה חופשית. פירושה של תשובה חיובית הוא, שיש נושא מוקדם, העלול להשפיע על בטיחותך בזמן הצלילה, ועליך להתייעץ עם רופא בנוגע לכך.

יש לענות "כן" או "לא" על השאלות הבאות, לגבי מצבך הרפואי בעבר ובהווה. אם יש לך ספק לגבי התשובה, יש לענות "כן".

כן/לא	האם היו לך בעבר או יש לך -
	התקפי אפילפסיה, שבץ מוחי, ניתוח מוח, התעלפויות החוזרות על עצמן, התקפי עילפון קשה, כאבי ראש מסובכים חוזרים ממיגרנות, או מפרצת כלי הדם של המוח?
	בעיות לב וכלי דם: במיוחד התקף לב, ניתוח לב, פעימות לב לא סדירות, לחץ דם גבוה ולא נשלט?
	סוג כלשהו של מחלת ריאות, קריסת ריאה, ניתוחי בית חזה, ציסטות או כיסי אוויר בריאות, פגיעה קשה ברקמת הריאה, אמפיזמה או כל בעיה המפריעה לנשימה?
	חורים קבועים בעור התוף, קרע בעור התוף, כפתורים באוזניים, ליקוי קשה בשמיעה באוזן אחת או בשתייהן, ניתוחי אוזניים משמעותיים?
	בעיות סינוסים: גידול, פוליפים או ציסטה של חללי הסינוס או מעברי האף, ניתוח סינוס משמעותי, או זיהום סינוס מתמשך?
	התקפי אסטמה או אסטמה, צפצופים בנשימה כתוצאה מפעילות גופנית, חרדה, קור, עייפות וכו'.
	כל מצב הזורש תרופות ו/או שימוש במשאף לטיפול בצפצופים?
	סוכרת?
	תאונת צלילה, מחלת דקומפרסיה, פגיעת לחץ (ברוטראומה) באוזן, קושי חוזר להשוות לחץ באוזן בזמן העמקה או תסחיף אוויר?
	האם את בהריון או מנסה להיכנס להריון?
	נוטלת תרופה על בסיס קבוע, ללא מרשם רופא או שנקבעה על ידי רופא, לא כולל תרופות למניעת הריון או נגד מלריה?
	האם יש לך בעיה גופנית ו/או רגשית שלא הוזכרה העלולה להשפיע על בטיחותך בסביבה תת-מימית או להשפיע על שיקול דעתך בזמן קושי פיזי או לחץ רגשי?

המידע שסיפקתי על ההיסטוריה הרפואית שלי הוא מדויק למיטב ידיעתי. אני מסכים לקחת אחריות לכל מחבל הנוגע לסירוב שלי לחשוף כל מצב בריאותי בהווה או בעבר.

חתימה: _____ תאריך: _____

מתחת לגיל 18: שם הורה/אפוטרופוס: _____ חתימה: _____ תאריך: _____