

## ***Witamy w Deep Ocean Blue Diving Center***

Potrzebujemy kilka informacji od Ciebie:

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres (polski): \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Kraj: \_\_\_\_\_

Numer telefonu: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Data przyjazdu: \_\_\_\_\_ Data wyjazdu: \_\_\_\_\_

Numer pokoju: \_\_\_\_\_

Certyfikat : \_\_\_\_\_ Ilość nurkowań: \_\_\_\_\_

Ostatnie nurkowanie: \_\_\_\_\_

**Dziękujemy!**

---

Check for the Dive Center:

Check certification: \_\_\_\_\_

Passport copies: \_\_\_\_\_

Check medical statement: \_\_\_\_\_

Check Liability Release: \_\_\_\_\_

## Medycyna nurkowa | Kwestionariusz uczestnika

Nurkowanie rekreacyjne i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving) wymagają dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Istnieje kilka stanów chorobowych, wymienionych poniżej, które mogą stanowić zagrożenie podczas nurkowania. Osoby, które mają którekolwiek z tych schorzeń, lub są do nich predysponowane, powinny przeprowadzić konsultację lekarską. Niniejszy kwestionariusz medyczny dla uczestników nurkowania stanowi podstawę do określenia, czy powinieneś zasięgnąć takiej oceny. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące swojej zdolności do nurkowania, które nie są przedstawione w tym formularzu, skonsultuj się z lekarzem przed nurkowaniem. Jeśli czujesz się źle, unikaj nurkowania. Jeśli uważasz, że możesz mieć chorobę zakaźną, chroń siebie i innych nie uczestnicząc w szkoleniach nurkowych i/lub zajęciach nurkowych. Odniesienia dotyczące "nurkowania" w niniejszym formularzu obejmują zarówno nurkowanie rekreacyjne jak i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving). Formularz ten jest przygotowany głównie jako wstępna ocena medyczna dla nurków rozpoczynających nurkowanie, ale jest również odpowiedni dla nurków podejmujących dalszą edukację. Dla bezpieczeństwa Twojego i innych osób, które mogą nurkować z Tobą, odpowiedz uczciwie na wszystkie pytania.

### Wskazówki

**Wypełnij ten kwestionariusz jako warunek wstępny do kursu nurkowania rekreacyjnego lub na wstrzymanym oddechu.**

**Uwaga dla kobiet:** Jeśli jesteś w ciąży lub próbujesz zajść w ciążę, nie nurkuj.

1	Miałem/am problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią, które wpływają na mój normalny stan fizyczny lub psychiczny	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola <b>A</b>	Nie <input type="checkbox"/>
2	Mam ponad 45 lat.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola <b>B</b>	Nie <input type="checkbox"/>
3	Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odpoczynku), LUB nie byłem w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
4	Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola <b>C</b>	Nie <input type="checkbox"/>
5	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągle problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
6	Straciłam/em przytomność, miałam/em migrenowe bóle głowy, napady drgawek, udar mózgu, istotny uraz głowy, lub cierpię na trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola <b>D</b>	Nie <input type="checkbox"/>
7	Obecnie jestem leczony/a (lub wymagałam/am leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, lub zostałam/am zdiagnozowany/a jako osoba z zaburzeniami uczenia się lub rozwoju.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola <b>E</b>	Nie <input type="checkbox"/>
8	Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola <b>F</b>	Nie <input type="checkbox"/>
9	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola <b>G</b>	Nie <input type="checkbox"/>
10	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwnadciśnieniowych innych niż meflochina (Lariam).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>

### Oświadczenie Uczestnika

**Jeśli odpowiedziałas/ęś NIE** na wszystkie 10 powyższych pytań, ocena lekarska nie jest wymagana. Prosimy o zapoznanie się i wyrażenie zgody na poniższe oświadczenie uczestnika poprzez podpisanie i datowanie go.

**Oświadczenie Uczestnika:** Odpowiedziałam/em na wszystkie pytania uczciwie i rozumiem, że przyjmuję odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje wynikające z pytań, na które odpowiedziałam/em nieprecyzyjnie lub za nieujawnienie jakichkolwiek obecnych lub przeszłych stanów zdrowia.

\_\_\_\_\_  
Podpis Uczestnika (lub, w przypadku osoby niepełnoletniej, podpis rodzica/opiekuna)

\_\_\_\_\_  
Data (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Uczestnika (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Instruktora (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Nazwa Centrum Nurkowego (drukowanymi literami)

\* **Jeśli odpowiedziałas/ęś TAK** na pytania 3, 5 lub 10 powyżej **LUB** na którekolwiek z pytań na stronie 2, prosimy przeczytać i zaakceptować powyższe oświadczenie, podpisując je i datując **ORAZ zabrać wszystkie trzy strony tego formularza (Kwestionariusz Uczestnika i Formularz Oceny Medycznej) do lekarza** w celu dokonania oceny medycznej. Uczestnictwo w kursie nurkowym wymaga zgody lekarza.

## Medycyna nurkowa | Kwestionariusz Uczestnika - kontynuacja

POLE A – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu, implantację urządzenia medycznego (np. stymulatora serca lub układu nerwowego) lub odmě optyczną (zapadnięte płuco).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczyły moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Problem lub chorobę związaną z moim sercem, na przykład: dusznicę bolesną, ból w klatce piersiowej przy wysiłku, niewydolność serca, obrzęk płuc, zawał serca lub udar mózgu, LUB przyjmuję leki na jakąkolwiek chorobę serca.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Symptomy wskazujące na problemy z płucami, oddychaniem, sercem i/lub krwią w ciągu ostatnich 30 dni, które wpływają na mój stan fizyczny lub psychiczny	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ:		
Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysoki poziom cholesterolu.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysokie ciśnienie krwi.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Miałam/em bliskiego krewnego zmarłego nagle lub z powodu choroby serca lub udaru mózgu przed 50 rokiem życia, LUB mam w rodzinnym wywiadzie chorobę serca u osób przed 50 rokiem życia (w tym zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową lub kardiomiopatię).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/psychiatrycznego.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Zdiagnozowane zaburzenie psychiczne lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, które wymaga stałej opieki lub specjalnych form pomocy.	SI <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
POLE G – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację stomii i nie mam zezwolenia lekarskiego na pływanie lub angażowanie się w aktywność fizyczną, ca per nuotare o praticare attività fisica.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przelykowy (GERD).	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub niekontrolowane wrzodzące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/> *	Nie <input type="checkbox"/>

# Medycyna nurkowa | Formularz oceny medycznej

Imię i nazwisko Uczestnika

Data urodzenia

(drukowanymi literami)

Data (dd/mm/yyyy)

Wyżej wymieniona osoba zwraca się z prośbą o wyrażenie opinii na temat swojej zdolności medycznej do uczestnictwa w nurkowaniu rekreacyjnym, szkoleniu lub aktywności freedivingowej. Proszę odwiedzić stronę [uhms.org](http://uhms.org) po wskazówki medyczne dotyczące warunków medycznych związanych z nurkowaniem. Zapoznaj się z obszarami istotnymi dla Twojego pacjenta w ramach prowadzonej oceny.

## Wynik oceny medycznej:

- Zgoda - nie znajduję jakichkolwiek przesłanek, które byłyby przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.
- Brak zgody - stwierdzam istnienie przesłanek, które są przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.

Podpis uprawnionego lekarza

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko lekarza

Specjalizacja

(drukowanymi literami)

Przychodnia/szpital

Adres

Telefon

Email

Pieczęć Lekarza/Przychodni/Szpitala (opcjonalnie)

Opracowanie: [Diver Medical Screen Committee](#) we współpracy z:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**



**PADI**  
padi.com

## DEKLARACJA O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I ZGODA NA PRZEJĘCIE RYZYKA.

**Przeczytaj uważnie poniższy tekst i wypełnij puste miejsca przed jego podpisaniem.**

Ja, \_\_\_\_\_ niniejszym stwierdzam, że jestem w pełni świadomy, że nurkowanie z aparatem powietrznym  
Imię i nazwisko uczestnika kursu  
oraz nurkowanie na zatrzymanym oddechu noszą za sobą ryzyko poważnych obrażeń i śmierci.

Rozumiem, że nurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego ze sprężonym powietrzem niesie ze sobą nieuniknione ryzyko, włączając w to, ale nie ograniczając do: choroby dekompresyjnej, zatoru powietrznego oraz innych chorób związanych z oddychaniem sprężonym gazem, wymagających leczenia w komorze dekompresyjnej. Rozumiem również, że nurkowania, które są niezbędnym elementem szkolenia, mogą się odbywać w miejscach oddalonych, zarówno pod względem odległości jak i czasu potrzebnego do transportu do komory dekompresyjnej. Zgadzam się również na udział w nurkowaniach pomimo braku w sąsiedztwie komory dekompresyjnej.

Rozumiem i zgadzam się, że ani moi instruktorzy \_\_\_\_\_, ani firma, dzięki której otrzymam  
szkolenie, \_\_\_\_\_, ani International PADI Inc, ani stowarzyszone korporacje czy filie tej firmy, ani żaden z ich  
(Nazwa firmy)  
pracowników, przedstawicieli, agentów i wykonawców (zwanych dalej Osobami Zwolnionymi z Odpowiedzialności) nie mogą być uznani winnymi lub odpowiedzialnymi za uraz lub śmierć czy inne szkody wobec mnie lub mojej rodziny, majątku, spadkobierców lub przedstawicieli, wynikłe z mojego zapisania się i udziału w programie nurkowym lub jako rezultat zaniedbania czynnego lub biernego związanych z tym osób fizycznych i prawnych.

W przypadku dopuszczenia mnie do udziału w kursie płetwonurkowania (i opcjonalnym nurkowaniu Adventure Dive), zwanym dalej „programem”, podpisując ten dokument, przejmuję na siebie całkowite, związane z moim udziałem w powyższym programie, przewidziane lub nieprzewidziane ryzyko, za jakiegokolwiek obrażenia, urazy albo uszkodzenia oraz zniszczenie mienia, które mogą spotkać mnie podczas udziału w programie zarówno podczas wykładów, zajęć basenowych, zajęć na wodach otwartych, jak i poza nimi.

Dodatkowo zwalniam, zabezpieczam i uznaję za niewinne wymienione powyżej Osoby Zwolnione z Odpowiedzialności, od jakichkolwiek roszczeń ze strony mojej, mojej rodziny, spadkobierców czy przedstawicieli, wynikających z mojego zapisania się i udziału w tym programie włączając w to zarówno żądania powstałe w czasie trwania programu, jak i po certyfikacji.

Rozumiem również, że płetwonurkowanie przy użyciu aparatu powietrznego, jak i bez niego, wymaga dużej aktywności fizycznej i jest związane z dużym wysiłkiem, co może spowodować u mnie przemęczenie podczas udziału w kursie. Gdybym więc doznał obrażeń na skutek ataku serca, paniki, hiperwentylacji, utopienia się i in., formalnie przejmuję na siebie ryzyko opisanych wyżej przypadków i nie uznaję ww. osób za odpowiedzialne za powstały uszczerbek na moim zdrowiu.

Dodatkowo stwierdzam, że jestem pełnoletni, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i mogę podpisać powyższe oświadczenie o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej, albo posiadając ograniczoną zdolność do czynności prawnych uzyskałem pisemną zgodę przedstawiciela ustawowego (rodzica, opiekuna) do podpisania oświadczenia o zwolnieniu z odpowiedzialności prawnej. Rozumiem, że stwierdzenia w niniejszym dokumencie są wynikiem porozumienia stron i podpisuję ten dokument dobrowolnie, wiedząc, że zrzekam się w ten sposób swoich praw. Ponadto zgadzam się, że jeśli jakakolwiek klauzula tej umowy okaże się niewykonalna lub nieważna, to klauzula ta powinna zostać usunięta z niniejszej umowy. Pozostała część umowy będzie wówczas zinterpretowana, jak w przypadku gdyby usunięty fragment nie został nigdy w niej zawarty.

Rozumiem i zgadzam się, że nie tylko zrzekam się swoich praw do pozwania Osób Zwolnionych od Odpowiedzialności, ale również praw moich spadkobierców przedstawicieli i beneficjentów, którzy chcieli by procesować się na wypadek mojej śmierci. Oświadczam, że mogę to zrobić i moi spadkobiercy, przedstawiciele i beneficjenci nie będą domagać się innych praw.

JA, \_\_\_\_\_ POPRZEZ TEN DOKUMENT ZGADZAM SIĘ NA ZWOL-  
Imię i nazwisko uczestnika kursu  
NIENIE OD ODPOWIEDZIALNOŚCI MOICH INSTRUKTORÓW \_\_\_\_\_ ORAZ FIRME  
PRZEZ KTÓRĄ OTRZYMAŁEM SZKOLENIE \_\_\_\_\_ ORAZ INTERNATIONAL PADI, INC.,  
nazwa firmy

I WSZYSTKIE WYMIENIONE POWYŻEJ POWIĄZANE JEDNOSTKI OD JAKIEJKOLWIEK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA JAKIKOLWIEK USZCZERBEK NA ZDROWIU, STRATY MATERIALNE ALBO CZYMKOLWIEK SPOWODOWANĄ ŚMIERĆ, WŁĄCZAJĄC W TO, ALE NIE OGRANICZAJĄC TYLKO DO OBRAŻEŃ I STRAT WYNIKŁYCH Z ZANIEDBANIA CZYNNEGO LUB BIERNEGO OSÓB ZWOLNI-  
NYCH Z ODPOWIEDZIALNOŚCI.

JA I MOI SPADKOBIERCY JESTEŚMY W PEŁNI ŚWIADOMI ZNACZENIA TREŚCI POWYŻSZEGO DOKUMENTU O ZWOLNIENIU Z ODPOWIEDZIALNOŚCI PRAWNEJ I FORMALNYM PRZEJĘCIU RYZYKA, CO POTWIERDZAM PRZEZ JEGO PRZECZYTANIE I PODPISANIE W IMIENIU MOIM I MOICH SPADKOBIERCÓW.

Podpis uczestnika kursu

Data

Podpisy rodziców lub opiekunów (w stosownych przypadkach)

Data



**PADI**  
padi.com

# OŚWIADCZENIE O ZROZUMIENIU STANDARDÓW I PROCEDUR BEZPIECZNEGO NURKOWANIA

**Proszę przeczytać uważnie przed podpisaniem poniższego dokumentu.**

Poniższe oświadczenie informuje o ustalonych procedurach bezpieczeństwa w nurkowaniu zarówno ze sprężonym powietrzem, jak i na zatrzymanym oddechu. Procedury te zostały opracowane i przedstawione dla przypomnienia i potwierdzenia wiedzy o nich, tak aby zwiększyć komfort i bezpieczeństwo nurkowania. Własnoręczny podpis złożony na tym oświadczeniu potwierdza znajomość procedur i standardów bezpieczeństwa w nurkowaniu. Przeczytaj oraz omów wszystkie punkty oświadczenia przed jego podpisaniem. Jeżeli podpisująca dokument osoba nie jest pełnoletnia, poniższy dokument muszą podpisać również jej rodzice lub opiekunowie.

Ja, \_\_\_\_\_, rozumiem, że jako nurek powinienem:  
wpisz imię i nazwisko

1. Utrzymywać dobrą psychiczną i fizyczną sprawność potrzebną w nurkowaniu. Nie nurkować będąc pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających. Utrzymywać biegłość w umiejętnościach nurkowych i starać się je rozwijać poprzez kontynuowanie edukacji nurkowej. W wypadku dłuższej przerwy w aktywności nurkowej przypominać sobie powyższe umiejętności w kontrolowanych warunkach.
2. Poznać miejsca, w których nurkuję. W nieznanym mi miejscu postarać się o uczestnictwo w oficjalnym nurkowaniu zapoznawczym prowadzonym przez osoby zorientowane w lokalnych warunkach. Jeżeli warunki nurkowania są gorsze niż te, do których jestem przyzwyczajony powinienem odłożyć nurkowanie lub wybrać inne miejsce o lepszych warunkach. Brać udział tylko w nurkowaniach zgodnych z moimi umiejętnościami i doświadczeniem. Nie zajmować się nurkowaniem technicznym lub jaskiniowym bez specjalistycznego przeszkolenia.
3. Używać kompletnego, dobrze utrzymanego, niezawodnego sprzętu, z którym jestem zaznajomiony; kontrolować jego poprawne działanie przed każdym nurkowaniem. Nie pożyczać swojego sprzętu osobom nie przeszkolonym. W czasie nurkowania ze sprężonym powietrzem powinienem zawsze posiadać manometr kontrolujący ciśnienie w butli oraz uznać konieczność posiadania kamizelki z inflatorem do kontroli pływalności i alternatywnego źródła powietrza.
4. Słuchać informacji podawanych na nurkowych odprawach i stosować się do rad osób nadzorujących moją działalność nurkową. Uznawać wymagania posiadania dodatkowego przeszkolenia podczas uczestnictwa w specjalistycznych nurkowaniach, podczas nurkowania w innych, nieznanym miejscach i warunkach jak i po przerwie w nurkowaniu trwającej ponad sześć miesięcy.
5. W czasie każdego nurkowania nurkować z partnerem lub grupą. Planować nurkowanie mając na uwadze wzajemną komunikację, procedury na wypadek rozdzielenia się partnerów oraz procedury bezpieczeństwa.
6. Być biegłym w stosowaniu tabel do planowania nurkowań bezdekompresyjnych. Przeprowadzać wszystkie nurkowania tak, aby nie wymagały stosowania dekompresji oraz zostawiać margines bezpieczeństwa. Posiadać przyrządy do monitorowania głębokości oraz czasu nurkowania. Ograniczyć głębokość nurkowania do swojego poziomu wyszkolenia i zdobytych doświadczeń. Wynurzać się nie przekraczając szybkości 18 metrów na minutę. Być bezpiecznym nurkiem (SAFE – Slowly Ascend From Every Dive – powoli wynurzać się z każdego nurkowania). Wykonywać przystanek bezpieczeństwa jako dodatkowe zabezpieczenie, zwykle na głębokości 5 metrów przez 3 minuty lub dłużej.
7. Utrzymywać odpowiednią pływalność. Dobrać balast tak by na powierzchni posiadać neutralną pływalność bez powietrza w kamizelce nurkowej. W czasie nurkowania utrzymywać cały czas pływalność neutralną. Na powierzchni, w czasie pływania i odpoczynku, utrzymywać pływalność dodatnią. Posiadać system balastowy umożliwiający jego łatwe zrzucenie i ustalenie dodatniej pływalności w wypadku zagrożenia w czasie nurkowania.
8. Oddychać prawidłowo w czasie nurkowania. Nigdy nie wstrzymywać oddechu podczas oddychania ze sprężonym powietrzem. Unikać nadmiernej hiperwentylacji w czasie nurkowań na zatrzymanym oddechu. Unikać przemęczenia w wodzie i pod wodą oraz nurkować w ramach swoich możliwości.
9. Używać łodzi, pływaków lub innych środków pływających kiedy są potrzebne.
10. Znać i stosować się do lokalnych praw i przepisów, włącznie z dotyczącymi polowania na ryby i stosowania flag nurkowych.

Przeczytałem powyższe oświadczenie i otrzymałem wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie moje pytania i wątpliwości. Rozumiem cel i potrzebę przedstawionych procedur. Rozumiem, że służą one mojemu bezpieczeństwu i niestosowanie się do nich może spowodować zwiększenie ryzyka podczas moich nurkowań.

-----  
Podpis uczestnika szkolenia

-----  
Data

-----  
Podpis rodziców lub opiekunów

-----  
Data