

SÄKERHETSBLANKETT

Datum

--

KURS	Kursens namn	Nummer
	Kursplats	
ELEV	Namn	Ålder
HÄLSOTILLSTÅND	Känner du dig frisk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Har du lidit av allvarlig: * sjukdom i andningsorganen * epilepsi * diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Är du på medicinkur?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om du är, på hurudan?	
	Är du rädd för höga höjder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Har du cellskräck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Är du rädd för mörker?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
ÅLDER	Då jag är under 18 år vet jag, att jag har rätt att * få lättare rökdykningsuppgifter * vägra utföra farliga uppgifter * få en fullvuxen som rökdykarpar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
ELEVENS UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att ovanstående är riktigt	
	Plats och tid	Underskrift
IFYLLES VID KURSEN ELLER FÖRE ÖVNINGEN	Ovanstående uppgifter är ännu riktiga	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Jag har deltagit i en säkerhetsföreläsning som hör till kursen i rökdykning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	eller jag har fått undervisning i rökdykningens säkerhetsbestämmelser	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Riktigheten av ovanstående intygas	
	Plats och tid	Underskrift
KURS- LEDARENS ANTECKNINGAR	Läkaren förordar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Hälsotillståndet medger deltagande i rökdykningsövningar	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej