

محل الصاق
 عکس

لطفاً این فرم را با خط خوانا و خودکار مشکی تکمیل نمایید.

عنوان دوره: زمان برگزاری: مکان برگزاری:

نام - نام خانوادگی:		نام پدر:	
Full Name :			
شماره شناسنامه:	محل تولد:	محل صدور:	تاریخ تولد: روز ماه سال
استان محل اقامت:		هیئت کوهنوردی و صعودهای ورزشی اعزام کننده:	
گروه خون:		شماره کارت بیمه ورزشی:	
شغل:		آخرین مدرک و رشته تحصیلی:	
کد ملی:		ملیت:	
کد پستی منزل:		دین:	
نشانی منزل:		وضعیت تأهل:	
تلفن منزل - همراه:		مذهب:	
رایانامه:		رایانامه:	

بخش سنجش سلامت

اخطار: پاسخ به تمامی پرسش‌ها الزامی است. اطلاعات نادرست، در هنگام بروز فوریت‌های پزشکی، اقدامات درمانی را تحت‌الشعاع قرار داده و خطرناک است.

بله	خیر	بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱ - ضربه مغز یا آسیب وارد شده به سر		۱۲ - بیماری‌های ذهنی یا ضعف عصبی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲ - مشکلات چشمی (بیماری جراحی)		۱۳ - اعتیاد به دارو یا الکل	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳ - حملات گیج کننده (غش یا تشنج)		۱۴ - جراحی توصیه شده برای انجام عمل جراحی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴ - توبرکلوزیس، آسم، برونشیت		۱۵ - مشکلات پوستی آلرژی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵ - مشکلات قلبی تب روماتیسمی		۱۶ - حساسیت به دارو	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶ - فشار خون بالا یا پایین		۱۷ - حساسیت به گزیدن حشرات	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۷ - آنمی - لوسمی یا اختلالات خونی		۱۸ - حساسیت به گرد و غبار	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۸ - دیابت، هپاتیت یا زردی		۱۹ - استفاده از داروهای تجویز شده به صورت منظم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۹ - زخم معده و دیگر مشکلات معده		۲۰ - بیماری‌های استخوانی مفصلی، شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها، مفاصل مصنوعی، آرتروز، درد ناحیه پشت	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۰ - مشکلات کلیه، مثانه		۲۱ - H.I.V	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۱۱ - فتق (بارگی)		۲۲ - آیا شما در حال درمان هستید؟	

اگر پاسخ شماره ۲۲ «بله» است، علت تحت درمان بودن خود را بنویسید:

بیماری‌های دیگر یا ضایعاتی که در بالا از آن‌ها نام برده نشده و شما به آن‌ها مبتلا هستید را بنویسید:

این جانب ضمن تأیید مطالب فوق، مسئولیت ناشی از تمامی پیش‌آمدهای ممکن برای خود، در دوره را می‌پذیرم.

امضاء

شرکت نام‌برده در دوره امکان پذیر است / نیست.

نام - نام خانوادگی و امضای مسئول پذیرش