

کمیته کوهنوردی

فرم پذیرش و ثبت نام

عنوان دوره : زمان :
 مکان :

نام نام خانوادگی :	نام پدر :
شماره شناسنامه :	تاریخ تولد :
محل صدور :	استان ، هیئت ، گروه :
استان محل اقامت :	تحصیلات :
گروه خون :	ملیت :
شغل :	دین :
کد ملی :	مذهب :
کد پستی :	شماره بیمه ورزشی سال جاری :
شماره تلفن همراه :	آدرس ایمیل :
نشانی و تلفن منزل :	
نشانی و تلفن محل کار :	

برگ معاینات پزشکی

تذکر: لازم است تمامی سئوالات جواب داده شوند. نقص یا کوتاهی در بیان اطلاعات پزشکی مورد نظر در زمان سوانح ممکن است، اقدامات درمان را تحت الشعاع قرار داده و ایجاد خطر نماید.

ر	نوع بیماری یا آسیب	بلی	خیر	ر	نوع بیماری یا آسیب	بلی	خیر
۱	ضربه مغزی یا آسیب وارده به سر			۲	بیماریهای ذهنی یا ضعف عصبی		
۳	مشکلات چشمی یا گوشه، بیماری یا جراحی			۴	اعتیاد به دارو یا الکل		
۵	حملات گیج کننده، غش یا تشنج			۶	جراحی یا توصیه شده به عمل جراحی		
۷	تربوکلوژیس، آسم، برونشیت			۸	مشکلات پوستی یا آلرژی		
۹	مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی			۱۰	حساسیت به دارو		
۱۱	فشار خون بالا یا پائین			۱۲	حساسیت به گزیدن حشرات		
۱۳	آئمی- لوسمی با اختلالات خونی			۱۴	حساسیت به گرد و غبار		
۱۵	دیابت، هیپاتیت یا زردی			۱۶	استفاده از داروهای تجویز شده به صورت منظم		
۱۷	زخم معده و دیگر مشکلات معده			۱۸	بیماریهای استخوانی یا مفصلی، شکستگی ها، در رفتگیها، مفاصل مصنوعی، آرتروز درد ناحیه پشت		
۱۹	مشکلات کلیه، مثانه			۲۰	H.I.V		
۲۱	فتق (پارگی)			۲۲	آیا شما در حال درمان هستید؟		
۲۳	بیماریهای دیگر و ضایعاتی که در بالا از آنها نام برده نشده :						
۲۴	مواردی که لازم است در میان بگذارید :						

اینجانب متقاضی شرکت در دوره میباشم. مسئولیت ناشی از کلیه پیشامدهای ممکنه را میپذیرم. تائید صحت مطالب فوق ، مسئولیت ناشی از کلیه پیشامدهای ممکنه را میپذیرم. نام و نام خانوادگی امضا و اثر انگشت