



Inschrijfformulier OWSV De Kleiduiikers

Hierbij wil ik mij inschrijven voor:
(aankruisen wat van toepassing is)

- Snorkelen
 Duiken

Persoonsgegevens

Voorletters	_____	Adres	_____
Roepnaam	_____	Postcode	_____
Achternaam	_____	Plaats	_____
Geboortedatum	_____	Fax	_____
Telefoon	_____	Rekeningnr.	_____
Mobiel	_____	(bank en/of giro)	_____
E-mail	_____		_____

Diploma's

Zwemdiploma('s)	_____		
Snorkeldiploma('s)	_____		
Duikbrevet(ten)	_____	Zo ja, welke	_____
		organisatie	_____
Reanimatiediploma	_____	Zo ja, geldig tot	_____
EHBO-diploma	_____	Zo ja, geldig tot	_____

Algemene bepalingen

Ondergetekende (lid,ouder,verzorger) verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan Onderwatersportvereniging 'De Kleiduiikers' om van zijn/haar Bankrekening maandelijks het contributie bedrag en jaarlijks indien van toepassing (duikers) de NOB contributie af te schrijven.

Ondergetekende geeft door ondertekening aan kennis te hebben genomen van de statuten en het huishoudelijk reglement van de Onderwatersportvereniging 'De Kleiduiikers' en deze te accepteren en respecteren.

Ondergetekende verklaart bijgevoegde medische verklaring naar waarheid te hebben ingevuld.

Indien deze inschrijving een duiker betreft

Zal ondergetekende door ondertekening lid worden van de Nederlandse Onderwatersport Bond (NOB). Dit lidmaatschap is verplicht om de duiksport te mogen beoefenen binnen de Onderwatersportvereniging 'De Kleiduiikers'.

Zal het lidmaatschap van de ondergetekende pas geactiveerd worden na een positieve medische keuring voor sportduiken, deze keuring zal wel op een zo kort mogelijke termijn plaats moeten vinden.

Datum _____

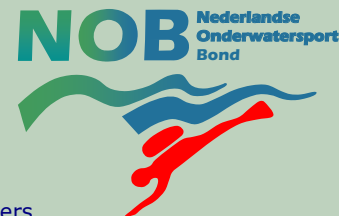
Handtekening _____

Ouder/verzorger

Contributie 2012 € 12,- per maand, duikers plus € 4,- per maand persluchttoeslag, de NOB contributie conform de NOB besluit



Eigen verklaring t.b.v. sportduikkeuring



Voor personen onder de 18 jaar mede te ondertekenen door één van de ouders of verzorgers.

Naam (tussenvoegsel voluit) _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Huisarts _____ Vereniging/duikschool _____

Heeft u de volgende aandoeningen gehad:

Lijdt u aan enig gebrek of ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Klachten bij inspanning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u wel eens ernstig ziek geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Langdurig hoesten, benauwdheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens in een ziekenhuis gelegen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Asthma, bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een ongeluk gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Longontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens iets gebroken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ingeklapte long	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zware hoofdpijn, migraine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u wel eens bij een specialist geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Toevallen, vallende ziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u wel eens afgekeurd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Regelmatig rug- en neklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Draagt u een bril of lenzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ernstig hoofdletsel, hersenschudding	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u een kunstgebit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Oorpijn, oorklachten, oorontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruikt u geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voorhoofdsholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Kaakholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Rookt u?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Duizeligheidsklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Wagen-, lucht-, zeeziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Andere ziekten of aandoeningen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Indien één of meer van de bovenstaande vragen met 'ja' is beantwoord wordt u verzocht hier nadere informatie te geven.

Dit formulier is door mij naar waarheid ingevuld.

Handtekening _____ Datum _____

