



## 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	_____	IBANnummer.	_____
Telefoon	_____		
Mobiel	_____		
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 2023 € 14,- per maand, duikers plus € 6,- per maand persluchttoeslag (inclusief nitrox), de NOB contributie conform de NOB besluit

Bijlagen:

- Medische verklaring: voor ons om in te schatten of er risico's zijn bij de diverse inspanningen/activiteiten
- AVG verklaring





## Onderwatersportvereniging De Kleiduiikers Toestemmingsverklaring

Voor het goed functioneren van onze vereniging leggen wij persoonsgegevens vast welke u heeft verstrekt bij inschrijving. Dit doen wij om een afdoende ledenadministratie te kunnen voeren en u als lid te kunnen benaderen (mail, telefoon, app ed) voor verenigingsactiviteiten en te kunnen informeren over, voor u als lid, relevante zaken. Tevens delen wij graag met u foto's en filmpjes van onze activiteiten.

Het gaat om het plaatsen van een beperkt aantal foto's en filmpjes op onze internet pagina en blog. Voor het delen van alle door leden gemaakt en gedeeld materiaal wordt leden toegang verschaft tot een deel van onze Google drive (dit betreft alleen daadwerkelijk ingeschreven leden).

Voor duikende leden die ingeschreven dienen te worden bij de Nederlandse Onderwatersport Bond (NOB) voor de registratie van brevetten en toezending van het NOB blad, geldt dat NAW gegevens en geboortedatum en email adres aan de NOB zullen worden verstrekt. Deze gegevens zijn aldaar, voor het betreffende lid, inzichtelijk via een persoonlijke toegang.

Bij inschrijving vragen wij ook een medische verklaring welke alleen gebruikt wordt om initieel te bepalen of wij risico's zien voor het beoefenen van de onderwatersport.

Gegevens zijn alleen inzichtelijk voor bestuursleden en instructeurs waarvoor deze op dat moment relevant zijn.

Met dit formulier geef ik, ondergetekende, Onderwatersportvereniging de Kleiduiikers (verder: vereniging) toestemming om gegevens over mij te verwerken en voor bovengenoemde doeleinden te gebruiken.

### Ik geef de vereniging toestemming voor de hieronder aangekruiste gegevensverwerkingen:

- Publiceren van bijvoorbeeld foto's en/of filmpjes van mij op INTERNET, APPS, SOCIAL MEDIA, zoals hierboven beschreven;
- Mij gedurende 25 jaar na beëindiging van mijn lidmaatschap te benaderen voor bijvoorbeeld een reünie of bijzondere gebeurtenis;
- De vereniging vraagt van u de volgende gegevens: naam, voornaam, telefoonnummer, e-mailadres, geboortedatum, adres, postcode, woonplaats, bankgegevens, medische verklaring en zwemervaring;
- Doorgeven van de benodigde gegevens aan de NOB voor de voor duikers noodzakelijke registratie.

Mijn toestemming geldt alleen voor de hierboven aangevinkte en beschreven redenen, gegevens en organisaties. Voor nieuwe gegevensverwerkingen vraagt de vereniging mij opnieuw om toestemming.

Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken.

Naam lid (en ouder verzorger) .....

Geboortedatum lid .....

Datum .....

Handtekening .....

**LET OP:** Ingeval lid op het moment van tekenen jonger is dan 16 jaar dient deze verklaring door een ouder of voogd ondertekend te worden.

# Eigen verklaring t.b.v. sportduikkeuring

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

Naam .....

Geboortedatum .....

Adres.....

Postcode..... Woonplaats.....

Huisarts..... Vereniging/duikschool.....

		<b>Heb je de volgende aandoeningen gehad:</b>	
Lijd je aan enig gebrek of ziekte?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Klachten bij inspanning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ben je wel eens ernstig ziek geweest?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Langdurig hoesten, benauwdheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens in een ziekenhuis gelegen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Astma, bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens een ongeluk gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Longontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens iets gebroken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ingeklapte long	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je wel eens een operatie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zware hoofdpijn, migraine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ben je 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
Ben je wel eens afgekeurd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Regelmatig rug- en nekklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Draag je een bril of lenzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Ernstig hoofdletsel, hersenschudding	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heb je een kunstgebit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Oorpijn, oorklachten, oorontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruik je geneesmiddelen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Voorhoofdsholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Gebruik je alcohol?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Kaakholteontsteking	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Rook je?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Duizeligheidsklachten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ben je zwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Wagen-, lucht-, zeeziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
		Suikerziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
		Andere ziekten of aandoeningen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Heb je één of meer vragen met 'ja' beantwoord? Geef dan hieronder uitleg.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Datum: .....

Handtekening: