

STUDENT

S.v.p. duidelijk leesbaar invullen.

Naam _____ Geb. datum _____
(Dag/Maand/Jaar)

Adres _____

Woonplaats _____

Land _____ Postcode _____

Telefoon thuis () _____ Telefoon werk () _____

E-mail _____ FAX _____

Naam en adres van je huisarts

Naam _____ Kliniek / ziekenhuis _____

Adres _____

Datum laatste medische keuring _____

Nam van de keuringsarts _____ Kliniek / ziekenhuis _____

Adres _____

Telefoon () _____ E-mail _____

Is het ooit nodig geweest een onderzoek voor het duiken te ondergaan? JA NEE Indien ja, wanneer? _____

ARTS

Deze persoon wil deelnemen aan een cursus persluchtduiken of is op dit moment gebrevetteerd om met persluchtapparaat om te gaan. Uw mening omtrent de medische geschiktheid voor het persluchtduiken wordt verzocht.

Algemene indruk arts

- Ik vind geen afwijkingen die ik in strijd acht met het duiken.
- Ik kan deze persoon niet goedkeuren voor duiken.

Opmerkingen

Handtekening arts _____ Datum _____
(Dag/Maand/Jaar)

Naam _____ Kliniek / ziekenhuis _____

Adres _____

Telefoon () _____ E-mail _____