

LASKUVARJOHYPPÄÄJÄN TERVEYDENTILAVAKUUTUS

(luottamuksellinen; vain koulutusorganisaation käyttöön)

Hyppääjän nimi ja syntymäaika: _____
(lisäksi lääkärintodistus yli 60-vuotiailta)

Onko teillä todettu seuraavia sairauksia, vammoja tai rajoituksia (kyllä / ei / en tiedä)?

1. Sydänsairauksia (esim. rytmihäiriöitä, synnynnäinen sydänvika, verenpainetauti, rintakipuja, sepelvaltimotauti)
kyllä ei en tiedä

2. Hengityselinsairauksia (esim. keuhkolaajentuma, astma, ilmarinta, toistuvat poskiontelotulehdukset, tuberkuloosi)
kyllä ei en tiedä

3. Tajunnanhäiriöitä (esim. selittämättömät tai toistuvat huimaukset, kouristukset, epilepsia)
kyllä ei en tiedä

4. Insuliinihoitoinen diabetes
kyllä ei en tiedä

5. Nivelten sijoiltaanmenoja, alle vuoden vanhoja luunmurtumia tai toiminnan rajoituksia (lukuun ottamatta luunmurtumat ja vammat, jotka lääkärintarkastuksessa on todettu täysin parantuneiksi)
kyllä ei en tiedä

6. Säännöllinen lääkärin määräämä lääkitys (kaikki "kolmiolääkkeet", psykelääkkeet jne. lukuun ottamatta e-pillereit, tulehduskipulääkkeet, ihotauti- ja allergialääkkeet, antibiootit tai muut lääkkeet, jotka hoitavan lääkärin mukaan eivät ole este laskuvarjo-
hypyille)
kyllä ei en tiedä

7. Näkökykyä haittaavia sairauksia
kyllä ei en tiedä

8. Näöntarkkuus

Oppilaiden yhteisnäön tulee olla 1.0 tai parempi. Vähintään A-lisenssin kelpoisuustodistuksen omaavan hyppääjän yhteisnäön tulee olla 0.8 tai parempi. Molempien silmien yhteisen näkökentän tulee olla normaali. Hyppääjän tulee kyetä lukemaan normaalikokoista tekstiä 30 cm etäisyydeltä. Mikäli näiden vaatimusten saavuttaminen vaatii silmä- tai piilolaseja, on niitä käytettävä hypätessä.

Minun on käytettävä silmä- tai piilolaseja edellä mainittujen näkövaatimusten saavuttamiseksi:
kyllä ei

Vakuutan, että antamani tiedot pitävät paikkansa. Sitoudun hankkimaan terveydentilaani koskevan lääkärintodistuksen ja antamaan terveydentilastani tietoja, mikäli antamani tiedot muuttuvat tai jos koulutusorganisaatio sitä vaatii.

Paikka

Päiväys Allekirjoitus

Paikka

Päiväys Holhoojan allekirjoitus (alle 18-vuotiailta)

Holhoojan nimen selvennys ja puhelinnumero

Onnettomuustilanteessa ilmoittakaa seuraavalle henkilölle: _____
Nimi ja puhelinnumero

LÄÄKÄRINTODISTUKSEN TARKASTUS (tarvittaessa ja yli 60-vuotiailta)

Lääkärintodistus päivätty _____._____._____ Lääkärin nimi ja SV-numero _____

Kerho

Päiväys KP / AKP / (oppilas myös HM)