



# Anmeldeformular Tauchkurse des Tauchclub Aarau

## Persönliche Angaben:

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	Geschlecht:	m w
PLZ/Wohnort:	_____	Beruf:	_____
Geburtsdatum:	_____	G:	_____
E-Mail-Adresse:	_____		
Telefon:	P: _____		
	N: _____		

## Angaben über den Gesundheitszustand des/r Teilnehmers/in:

Sie müssen sich Ihre Tauchtauglichkeit beim Arzt bestätigen lassen, wenn Sie eine der folgenden Fragen mit JA beantworten müssen, ausser Sie sind bereits im Besitz eines tauchärztlichen Zeugnisses, das weniger als ein Jahr alt ist:

1. möchte T\*-Brevet oder höher absolvieren
2. bin 40-jährig oder älter
3. momentan erkältet (Nase zu)
4. nehme momentan Medikament(e) ein, die eine Warnung enthalten, dass sie körperliche oder geistige Fähigkeiten beeinträchtigen können
5. leide an Atemwegserkrankungen
6. bin Diabetiker/in
7. leide an Epilepsie, Schwindel-, Ohnmacht-, oder anderen Anfällen
8. habe/hatte Herzerkrankung
9. habe momentan eine Ohrenentzündung
10. kürzliche Operation/Krankheit
11. häufige Nebenhöhlenerkrankungen
12. bin schwanger
13. habe/hatte Asthma/Tuberkulose/Emphyseme
14. habe Platzangst
15. rauche 20 oder mehr Zigaretten pro Tag
16. habe beim Fahren in Bergen/beim Fliegen grosse Probleme, den Druck in den Ohren auszugleichen
17. leide an einer Nervenerkrankung
18. bin in ärztlicher Behandlung oder habe chronische Krankheiten

## Ich melde mich für folgenden Kurs an:

SUSV-Elementar oder Jugendtaucher		
SUSV-T*	SUSV-Nr: _____ (falls vorhanden)	Brevet/Nr: _____/_____
SUSV-T**	SUSV-Nr: _____	Brevet/Nr: _____/_____
SUSV Spezialkurse	SUSV-Nr: _____	
ab T*: Tauchgangsanzahl: _____		Datum des letzten Tauchgangs: _____

Ich verstehe und stimme zu, dass weder mein(e) Tauchlehrer/in(nen), \_\_\_\_\_, der Tauchclub Aarau, durch den meine Ausbildung erfolgt, noch irgend einer seiner Mitglieder oder Beauftragten auf irgendeine Art und Weise haftbar oder verantwortlich gemacht werden können.

**Ich bestätige auch, dass ich die Erklärung zu meinem Gesundheitszustand gelesen habe, dass diese mir erklärt wurde und ich sie verstanden habe, bevor ich sie für mich bindend unterschrieben habe. Meine Erklärung zu meinem Gesundheitszustand ist nach bestem Wissen und Gewissen korrekt.**

Unterschrift Teilnehmer: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte(r): \_\_\_\_\_  
(falls erforderlich)