

HANS ADVENTURE
FUN DIVING 면책 동의서

다이빙을 하기 위해 다음 사항을 읽고 아래 서명란에 빈칸마다 직접 기입 후
자필 성명하여 주시기 바랍니다.

1. 본인은 정신적으로나 신체적으로 건강한 상태이며 다이빙 활동에 영향을 줄 수 있는 임신 혹은 그 어떠한 질병도 없는 상태이며 강사로부터 정식으로 교육을 받았거나 강사 감독 하에 교육을 이수하여 다이빙 단체의 라이선스를 보유하고 있으며 2017년 월 일부터 월 일까지 자신의 결정에 의해 실시하는 다이빙 활동에 있어서 다음 사항을 충분히 고려하였고 인정합니다.
2. 본인은 다이빙 활동에서 일어날 수 있는 사고 즉, 개인적인 부상 및 재산상의 피해 또는 다이빙으로 인한 감압병, 공기색전증, 산소중독, 기체마취, 공기고갈, 심장계통에 관련된 질환, 익수, 수중생물에 의한 상해등과 본인 부주의로 인한 모든 수면, 수중에서의 위험성에 대해 알고 있습니다.
3. 본인은 훈련다이빙 및 FUN 다이빙 활동을 하는 장소가 응급실과 제압실이 멀리 떨어져 있다는 것을 알고 있고 본인 스스로 다이빙 활동에 참여하였음을 인정하며 이 활동에 일어날 수 있는 모든 위험성에 대해 이해하였고 본인에게 일어날수 있는 모든 직, 간접적인 손해와 상해에 관해 잘 알고 있습니다.
4. 만일 다이빙 활동중에 부상, 재산상의 피해, 불행한 사망 및 실종등 어떠한 상황이 발생한다 하여도 본인은 물론 본인의 부모, 가족 및 어떠한 법정대리인도 다이빙을 계획한 단체나 동호회, 다이빙 인솔자 및 면책대상자(대리인, 고용인, 다이빙센터, 교육단체등)에게 직, 간접적인 손해에 대해 민사상 형사상의 배상청구, 고소등의 법적 책임을 묻지 않겠다는 것을 동의하였음을 엄숙히 서약합니다.
5. 또한 본인은 면책서에 서명할수 있는 법적 연령이며 대리인이 작성한것이 아닌 본인이 직접 자필로 작성하였음을 서명합니다.

서 명 란

이름(실명): _____ 연락처 : _____

주소지(실거주지): _____

비상연락(본인과의 관계): _____ 다이빙 레벨(라이선스 기준): _____

참가자서명: _____ 2017년 월 일 보호자서명: _____ 2017년 월 일

병력서

참가자 여러분 : 이 병력서는 스쿠버 다이빙에 참여하기 전에 의사의 진단 여부를 판단하기 위한 것입니다. 하기의 각 질문에 [YES]라고 대답했다고 해서 다이빙에 참가할 자격이 전혀 없다는 것을 의미하는 것은 아닙니다. [YES]라는 답변이 있을 경우 다이빙을 할 때의 안전성을 방해하는 요인을 밝혀내 의사의 조언이 필요하다는 것을 의미합니다. 당신의 과거와 현재의 병력에 대해 다음의 질문에 [YES]또는 [NO]로 대답해주세요. 어떻게 대답해야할지 판단이 서지 않을 때에는 안전을 약속하고 [YES]라고 기입하십시오. [YES]라고 기입한 부분이 있는 경우, 이 프로그램에 참가하기 전에 의사의 진단서를 제출해야 합니다.

- _____ 현재, 귀에 염증 (중이염이나 외이염)이 있습니까?
- _____ 지금까지 귀 질환을 한 적이 있습니까? 난청이나 현기증의 병에 걸린 적이 있습니까?
- _____ 지금까지 귀, 부비강의 수술을 받은 적이 있습니까?
- _____ 현재, 감기, 코 막힘, 축농증, 기관지염에 걸려 있습니까?
- _____ 지금까지 호흡기 질환, 중증의 꽃가루 알레르기 및 알레르기 (불면증, 삼나무 천식, 쇼크 등), 폐 질환에 걸린 적이 있습니까?
- _____ 지금까지 기흉 등의 폐질환, 흉부 수술을 받은 적이 있습니까?
- _____ 현재 천식 발작을 일으킬 때가 있습니까? 또는 폐기종이나 결핵에 걸린 적이 있습니까?
- _____ 현재 운동 능력이나 정신적 인면에 영향을 미치는 약물 (졸음이 오는 약, 정신과 약 등)을 복용하고 있습니까?
- _____ 행동 장애, 정신 장애 등 정신적 또는 신체적 질병, 신경 계통의 질병이 있습니까?
- _____ 현재 임신중이거나 있거나 그 가능성이 있습니까?
- _____ 당신은 결장루형성술 (인공 항문 수술)을 받고 있습니까?
- _____ 지금까지 심장 질환이나 심장 발작을 일으킨 적이 있습니까? 심장 및 혈관 수술을 받은 적이 있습니까?
- _____ 지금까지 고혈압, 협심증에 걸린 적이 있습니까? 현재 혈압 치료제를 복용하고 있습니까?
- 45세 이상인** 분에게 질문입니다. 가족 중에 심장마비와 뇌졸중의 분이 계셨습니까?
- _____ 출혈이 멈추지 않는 질병 및 그 외 혈액 질환이 있습니까?
- _____ 당뇨병이라고 진단받은 적이 있습니까?
- _____ 지금까지 의식 소실, 실신, 경련, 간질 등의 발작을 일으킨 적이 있습니까? 또한 처방약을 복용하고 있습니까?
- _____ 부상, 골절, 수술 등으로 허리나 팔, 다리에 장애가 있습니까?
- _____ 폐소공포증, 광장공포증, 공황 발작 의 병력이 있습니까?

나는 병력에 대해 위의 정보는 확실하고, 병력서의 내용을 전부 확인하고 서명합니다.

내가 미성년자의 경우는 내 보호자와 함께 서명합니다.

참가자 서명 : _____ 날짜 2017 년 월 일

보호자 서명 : _____ 날짜 2017 년 월 일