



کمیته کهنوردی
فرم ثبت نام و پذیرش

محل الصاق عکس	نام پدر	نام خانوادگی
	تاریخ و محل تولد	شماره شناسنامه
	استان / هیئت / گروه	محل اقامت
	گروه خون	شماره کارت بیمه ورزشی سال جاری
		شغل
		آدرس منزل
		تلفن منزل
		e-mail

برگ معاینات پزشکی:

تذکره: لازم است تمامی سئوالات جواب داده شوند. نقص یا کوتاهی در بیان اطلاعات پزشکی مورد نظر در زمان سوانح ممکن است اقدامات درمان را تحت الشعاع قرار داده و ایجاد خطر نماید.

<input type="checkbox"/> ۱۳. اعتیاد به دارو یا الکل	<input type="checkbox"/> ۱. ضربه مغزی یا آسیب وارده به سر
<input type="checkbox"/> ۱۴. جراحی یا توصیه شده به عمل جراحی	<input type="checkbox"/> ۲. مشکلات چشمی یا گوشه (بیماری یا جراحی)
<input type="checkbox"/> ۱۵. مشکلات پوستی یا آلرژی	<input type="checkbox"/> ۳. حملات گیج کننده، غش یا تشنج
<input type="checkbox"/> ۱۶. حساسیت به داروها	<input type="checkbox"/> ۴. تریبرکلوزیس، آسم، برونشیت
<input type="checkbox"/> ۱۷. حساسیت به گزیدن حشرات	<input type="checkbox"/> ۵. مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی
<input type="checkbox"/> ۱۸. حساسیت به گرد و غبار	<input type="checkbox"/> ۶. فشار خون بالا یا پایین
<input type="checkbox"/> ۱۹. استفاده از داروهای تجویز شده به صورت منظم	<input type="checkbox"/> ۷. آنمی - لوسمی با اختلالات خونی
<input type="checkbox"/> ۲۰. بیماریهای استخوانی یا مفصلی، شکستگی ها، دررفتگی ها،	<input type="checkbox"/> ۸. دیابت، هیپاتیت یا زردی
<input type="checkbox"/> ۲۱. H.I.V	<input type="checkbox"/> ۹. زخم معده و دیگر مشکلات معده
<input type="checkbox"/> ۲۲. آیا شما در حال درمان هستید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> ۱۰. مشکلات کلیه متانه
	<input type="checkbox"/> ۱۱. فتق (پارگی)
	<input type="checkbox"/> ۱۲. بیماریهای ذهنی یا ضعف عصبی

بیماریهای دیگر و ضایعاتی که در بالا از آنها نام برده نشده:

لطفا این فرم به خط خوانا تکمیل شود.

اینجانب شرکت کننده در دوره ضمن تاکید بر صحت مطالب فوق مسئولیت ناشی از کلیه پیشامد های ممکنه را می پذیرم .

امضا

امضا مسئول پذیرش

شرکت آقای بلامانع است / امکان پذیر نیست .