

# LASKUVARJOHYPPÄJÄN TERVEYDENTILAVAKUUTUS

(luottamuksellinen; vain koulutusorganisaation käyttöön)

Hyppääjän nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

(lisäksi lääkärintodistus yli 50-vuotialta)

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

**1. Sydänsairauksia** (esim. rytmihäiriöitä, synnynnäinen sydänvika, verenpainetauti, rintakipu, 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, jolloin on esitettävä hoitavan lääkärin lausunto soveltuvuudesta laskuvarjohypyille)

kyllä  ei  en tiedä

**7. Näkökykyä haittaavia sairauksia**

kyllä  ei  en tiedä

**8. Näöntarkkuus**

Oppilaalla silmien yhteisnäön tulee olla 1.0 tai parempi. Vähintään C-luokan kelpoisuustodistuksen omaavan hyppääjän silmien 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-vuotialta)

Holhoojan nimen selvennys ja puhelinnumero

Onnettomuustilanteessa ilmoittakaa seuraavalle henkilölle: \_\_\_\_\_

Nimi ja puhelinnumero

**LÄÄKÄRINTODISTUKSEN TARKASTUS (tarvittaessa ja yli 50-vuotialta)**

Lääkärintodistus päivätty \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Lääkärin nimi ja SV-numero \_\_\_\_\_

Kerho

Päiväys

KP / AKP / (A- tai B-luokan oppilas myös HM)