



SLOVENSKÝ NÁRODNÝ AEROKLUB

VYHLÁSENIE

ŽIADATEĽA O ZÁKLADNÝ A POKRAČOVACÍ PARAŠUTISTICKÝ VÝCVIK

Ja, dolu podpísaný(á) /meno a priezvisko/.....

narodený(á) dňa číslo OP:

bytom PSČ.

telefón E-mail

Vyhlasujem, že som si vedomý (á) skutočnosti, že zoskok z lietadla na padáku je spojený s určitým rizikom a nebezpečenstvom. Rozhodujem sa slobodne a s plným vedomím toto nebezpečie a riziko podstúpiť.

Súčasne vyhlasujem, že ani ja, ani moji zákonní zástupcovia alebo ktokoľvek iný nebudú na inštruktoroch, ktorí ma pripravovali na zoskok alebo iných osobách podieľajúcich sa na zabezpečovaní výcviku a samotného zoskoku, požadovať náhradu v prípade môjho zranenia, smrti, poškodenia zdravia telesného alebo duševného, taktiež v prípade škody na majetku, ktorá by súvisela s výcvikom. Taktiež si nebudem ani ja, ani nikto iný uplatňovať žiadne nároky na aeroklube, v ktorom výcvik vykonávam .

Vyhlasujem, že v súčasnej dobe nie som liečený ani si vedomý týchto chorôb: cukrovka, srdcové ťažkosti, vysoký alebo nízky krvný tlak, epilepsiu, zlú zrážanlivosť krvi, duševné poruchy akejkoľvek povahy, závislosť na alkohole alebo na drogách.

Počas výcviku a zoskokov nebudem užívať alkohol a iné omamné látky – drogy.

Vyhlasujem, že som čítal toto prehlásenie, obsah je mi jasný a rozumiem všetkému, čo je v ňom uvedené. Dobrovoľne ho podpisujem aj s ohľadom na mojich zákonných zástupcov, príbuzných a osoby mi inak blízke.

Všetky údaje som uviedol (a) pravdivo a nič som nezatajil (a).

Toto potvrdzujem svojim podpisom dňa: podpis

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU*

Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby môj syn – dcéra prakticky vykonával(a) parašutistický výcvik

Podpis zákonného zástupcu: číslo OP

Pravdivosť podpisu overuje v dňa

podpis overovateľa

*Vyhlásenie sa vyžaduje v prípade neplnoletosti záujemcu o základný parašutistický výcvik.