



## HÄLSO- OCH ANSVARSFÖRKLARING FÖR TANDEMPASSAGERARE

**Har du:**

	Nej	JA
✓ öron-, näsa-, halsproblem,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ Problem att tryckutjämna,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ hjärt-, kärlsjukdom,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ kramper eller epilepsi,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ svimningar, yrsel eller andra rubbningar av medvetandet,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ ämnesomsättningssjukdom,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ sjukdom eller skada på hjärna, ryggmärg eller nerver,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ psykiska besvär,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ sjukdom eller skada i skelett, muskler, leder eller rygg,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
✓ någon övrig allvarlig sjukdom,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Är du helt nykter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*eller annan allvarlig sjukdom eller skada avrådes Du bestämt från deltagande i fallskärms hoppning utan att ha genomgått läkarundersökning för fallskärms hoppare.*

- Har du tidigare haft problem med axlar uppmanas du bestämt att upplysa din tandeminstruktör om detta för att ge möjlighet till hopp med minskad risk för axelskada.
- Som tandempassagerare utan medlemskap i Svenska fallskärmsförbundet är du försäkrad genom SÄKRA. Försäkringen omfattar olycksfall där primär ersättning täcker vårdkostnader samt läkemedelskostnader. Försäkringskostnaden från Svenska fallskärmsförbundet uppgår till ca:100kr. Se [www.sff.se](http://www.sff.se) under fliken medlemsservice finner du försäkringsinformation.

Personnummer: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-postadress \_\_\_\_\_

Genom att underteckna detta formulär medger Du att Du är helt införstådd med att fallskärms-hoppningen sker på egen risk och eget ansvar. Inga krav kan alltså i efterhand göras gällande mot instruktör, klubb eller förbund etc.

Ort \_\_\_\_\_ datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Signatur & namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Målsmans signatur & namnförtydligande: \_\_\_\_\_