一般免责和风险承担声明书

General Liability Release and Express Assumption of Risk

Tel: 86-15302650369 **Email**：hq@sditdierdi.com **www.sditdierdi.com**

为了参加 SDI 认证的 _____ (具体说明一般课程及专业课程)水肺潜水课程，请仔细阅读以下事项，在每一个横线上面填写学生的姓（Last name），全部阅读完之后，需要在最下面的签名栏里面签名。

本人，（学生姓名）_____, 在此确认我已经明确了解到水肺潜水有一定程度的固有危险性。

_____ 进一步说，我清楚使用压缩空气或高氧（Nitrox）或氦氮氧潜水存在一些固有的危险，包括减压病、空气栓塞、氧中毒、氮麻醉、水中生物的伤害或是其他的气压/高压伤害等，这些伤害需要在减压舱或医疗室里面治疗。我也了解到训练及取得执照所必须进行的开放水域也许会在远离减压舱的地方（时间或者距离）。尽管在潜水地点附近不会有减压舱，但是我仍然选择继续此潜水训练。

_____ 我了解且同意不管是我的教练_____，我接受训练的潜水场地 _____，国际水肺潜水与训练中心，办公室人员、股东、分公司、员工、代理上述的受让人，或者是所有训练或的教材（包括内容及表格）的作者（此后称为“豁免方”），均不必对于我或我的家人、继承人或因为我参与潜水课程而成为的承让人、或因为任何一方（包括豁免方）被动或主动的疏忽，所受到任何死伤损害负责。

_____ 为了能够参加此课程，我本人在此愿承担此课程所有风险，包括当我以学员身分参加此课程时所受到可预知或意料外任何形式的伤害。

_____ 任何由我而引起，或是企图影响我及我的家人、财产、继承人或承让人，或直接间接因我参与此课程而引起，或在我参与此课程期间甚至拿执照后发生的索赔(即使此索赔是无凭无据、错误欺诈的) 及诉讼，我同意保护防卫此课程及豁免方无罪清白。

_____ 我也了解潜水活动是很耗费体力的，因此我在课程中会努力学习，假使我因为心脏病、惊慌失措、肺换气过度、氧气中毒、氮醉、溺水等等因素而受伤，我会为所有风险负起全部责任，我不会让上述所有一方来承担，我同意在发生任何意外时保证此课程及豁免方无罪清白。

_____ 我了解这些活动会让我潜到比能够安全地自由上升至水面（在没有提供空气设备的情况下）还要深的地方。

_____ 我了解我需要自己提供装备，而我也会对于操作及维护这些装备负责。

_____ 我再次重申，我已经到达签署此弃权书的法定年龄，或者我已经有父母或监护人的书面同意书。

_____ 我了解这些条文是正式契约而不仅是一般叙述，我因自由意志签署这份文件。此外我也了解并同意在任何原因下，这份受合格司法法庭约束的同意书中的其中一条或一条以上的条文，会被认为无效且无执行力，此无效违法或无执行力将不会影响到其他的条文，而被认为无效违法或无执行力的条文将不能再列入此同意书中。

此文件出于_____之意，是为了豁免我的教练(们)_____、我接受培训的场地方_____、培训机构_____、国际培训公司(ITI)和国际水肺潜水(SDI)、其他所有相关实体以及如上定义的被豁免方，对于任何不论是谁造成的、或是直接间接由豁免方(包含但不限定) 的主动或被动疏忽而引起的个人死伤损害的责任。我个人及继承人在签署之前已经充分阅读并被告知此一般免责及风险承担声明书。

此文件适用于国际水肺潜水中心所提供的所有一般及专业课程。
没有任何修订、更改、省略或校正

_____ _____

参与学生的名签 / 日期 **家长或监护人签名 / 日期**

_____

证人 / 日期

Copyright© 2002 by Scuba Diving International (SDI) **Revision 6.2, 11/17/11**

潜水员健康诊断书 | 《参与者调查表》

休闲潜水和自由潜水需要良好的身心健康。下面列出了一些在潜水时可能会造成危险的医疗状况。患有或易患以上任何一种疾病的人，应由医生进行评估。本潜水员医疗《参与者调查表》为确定您是否应该进行该评估提供了依据。如果您对本表中未提及的潜水健康有任何疑问，请在潜水前咨询您的医生。如果您感到不适，请避免潜水。如果您认为自己可能患有传染性疾病，请不要参加潜水培训或潜水活动，以保护自己和他人。此表格中的“潜水”一词包括休闲潜水和自由潜水。本表格主要是为新潜水员设计的初始医疗检查，但也适用于接受进修教育的潜水员。为了您和他人的安全，请诚实回答所有问题。

指引

完成此调查表是休闲水肺潜水或自由潜水课程的先决条件。

女性注意事项：如果您怀孕或尝试怀孕，请勿潜水。

1. 我的肺/呼吸、心脏、血液有问题，或者被诊断出患有COVID-19。	是 □ *转到A框*	否 □
2. 我已经超过45岁。	是 □ *转到B框*	否 □
3. 我难以进行适度的运动（例如，在14分钟内步行1.6公里/1英里，或在不休息的情况下游泳200米/码），或者由于健身或健康原因，在过去的12个月中我无法参加正常的体能活动。	是 □*	否 □
4. 我的眼睛，耳朵或鼻腔/鼻窦有问题。	是 □ *转到C框*	否 □
5. 我在过去12个月内接受过手术，或者我有与过去手术相关的持续性问题。	是 □*	否 □
6. 我失去了知觉，出现了偏头痛、癫痫发作、中风、严重的头部受伤或持续的神经系统损伤或疾病。	是 □ *转到D框*	否 □
7. 我目前正在接受心理治疗、人格障碍、惊恐发作或对药物或酒精成瘾的治疗（或在过去五年中需要治疗）；或者，我被诊断出患有学习障碍。	是 □ *转到E框*	否 □
8. 我有背部问题、疝气、溃疡或糖尿病。	是 □ *转到F框*	否 □
9. 我有胃或肠问题，包括最近的腹泻。	是 □ *转到G框*	否 □
10. 我正在服用处方药（除甲氟喹/Lariam以外的抗疟疾或避孕药除外）。	是 □*	否 □

参与者签名

如果您对以上所有10个问题的回答均为“否”，则无需进行医学评估。请签署并注明日期，以阅读并同意以下参与者声明。

参与者声明：我已诚实地回答了所有问题，并且理解我对因我可能不正确回答的任何问题或未披露任何现有或过去的健康状况而导致的后果承担责任。

_____ _____

参与者姓名　　日期（年/月/日）

_____ _____

参与者签名（如果是未成年人，则需要参与者的父母/监护人签名。）　　出生日期（年/月/日）

_____ _____

教练姓名　　训练中心

*如果您对上述问题3、5或10或第2页上的任何问题的回答为“是”，请阅读并同意上述声明，并在其上签名并注明日期，并采用此表格的所有三页内容（**《参与者调查表》**和**《医师评估表》**）给您的医生进行医学评估。参加潜水课程需要得到医生的批准。

版本：202012

参与者姓名：_____ 出生日期：_____
（年/月/日）

潜水员健康诊断书 | 《参与者调查表》 - 续

A框 – 我有/曾经：		
胸部手术、心脏手术、心脏瓣膜手术、支架放置或气胸（肺塌陷）。	是 ☐*	否 ☐
最近12个月内出现哮喘、喘息、严重过敏、花粉症或呼吸道阻塞，这限制了我的体能活动/锻炼。	是 ☐*	否 ☐
与我的心脏有关的问题或疾病，例如：心绞痛、劳累性胸痛、心力衰竭、浸入性肺水肿、心脏病发作或中风，或者正在为任何心脏病服用药物。	是 ☐*	否 ☐
过去12个月内复发性支气管炎和当前咳嗽，或被诊断患有肺气肿。	是 ☐*	否 ☐
诊断为COVID-19。	是 ☐*	否 ☐

B框 – 我已经超过45岁，并且：		
我目前吸烟或通过其他方式吸入尼古丁。	是 ☐*	否 ☐
我的胆固醇水平很高。	是 ☐*	否 ☐
我有高血压。	是 ☐*	否 ☐
我之前突然有一个血缘亲戚在50岁前突然死亡或心脏病或中风，或者在50岁之前有心脏病家族史（包括异常的心律、冠状动脉疾病或心肌病）。	是 ☐*	否 ☐

C框 – 我有/曾经：		
最近6个月内进行鼻窦手术。	是 ☐*	否 ☐
耳朵疾病或耳朵手术，听力下降或平衡问题。	是 ☐*	否 ☐
过去12个月内复发性鼻窦炎。	是 ☐*	否 ☐
最近3个月内进行眼科手术。	是 ☐*	否 ☐

D框 – 我有/曾经：		
过去5年内因意识丧失导致的头部受伤。	是 ☐*	否 ☐
持续的神经损伤或疾病。	是 ☐*	否 ☐
在过去的12个月内反复发生偏头痛，或采取药物预防偏头痛。	是 ☐*	否 ☐
最近5年内出现晕厥或晕眩（完全或部分意识丧失）。	是 ☐*	否 ☐
癫痫或抽搐，或服用药物预防。	是 ☐*	否 ☐

E框 – 我有/曾经：		
需要医疗/精神病治疗的行为健康，精神或心理问题。	是 ☐*	否 ☐
重度抑郁、自杀意念、恐慌发作、无法控制的躁郁症需要药物/精神病治疗。	是 ☐*	否 ☐
被诊断患有精神疾病或需要持续护理的学习/发育障碍。	是 ☐*	否 ☐
最近5年内需要治疗的药物或酒精成瘾。	是 ☐*	否 ☐

F框 – 我有/曾经：		
最近6个月内反复出现背部问题，这限制了我的日常活动。	是 ☐*	否 ☐
最近12个月内进行背部或脊椎手术。	是 ☐*	否 ☐
最近12个月内患有胰岛素或饮食控制的糖尿病或妊娠糖尿病。	是 ☐*	否 ☐
未矫正的疝气，限制了我的身体能力。	是 ☐*	否 ☐
最近6个月内活动性或未经治疗的溃疡，创口伤口或溃疡手术。	是 ☐*	否 ☐

G框 – 我曾经：		
造口术并且没有医疗许可以游泳或进行体能活动。	是 ☐*	否 ☐
需要在最近7天内进行医疗干预的脱水症状。	是 ☐*	否 ☐
最近6个月内活动或未经治疗的胃部或肠道溃疡或溃疡手术。	是 ☐*	否 ☐
经常发生火烧心、反胃或胃食道逆流（GERD）。	是 ☐*	否 ☐
活动性或不受控制的溃疡性结肠炎或克罗恩氏病。	是 ☐*	否 ☐
最近12个月内进行减肥手术。	是 ☐*	否 ☐

*需要医生的医学评估（请参阅第1页）。

潜水员健康诊断书 | 《医师评估表》

参与者姓名：_____ **出生日期：**_____
（年/月/日）

上述人士要求您提供有关参加休闲水肺潜水或自由潜水训练或活动的医学适应性的意见。请访问uhms.org以获取与潜水有关的医学状况的医学指导。在评估过程中，请检查与患者相关的部分。

评估结果

☐ 批准 – 我发现没有任何无法参加休闲水肺潜水或自由潜水的状况。

☐ 不批准 – 我发现有无法参加休闲水肺潜水或自由潜水的状况。

_____ _____
医师签名 （年/月/日）

医师姓名 _____ 专业 _____

诊所/医院 _____

地址 _____

电话 _____ 电子邮箱 _____

医师/诊所盖章（可选）

由潜水员医学筛查委员会与以下机构联合创建：

海底高压医学会
DAN（美国）
DAN欧洲
加利福尼亚大学圣地亚哥分校高压医学科

版本：202012

学生个人信息(保密)： Personal and Confidential

姓名: _____ 英文: _____ 出生日期: _____
(姓 名) 首字母大写 (年 / 月 / 日)

地址: _____

国家: _____ 省: _____
邮编: _____ 市: _____
电话: _____ 手机: _____
邮箱: _____
职业: _____ 推荐人: _____

☐ 男 ☐ 女
☐ 未婚
☐ 已婚

紧急联系人:

姓名: _____ 姓名: _____
地址: _____ 地址: _____

关系: _____ 关系: _____
电话: _____ 电话: _____
手机: _____ 手机: _____

您是如何知道我们水肺潜水机构/潜水中心的?
☐ 朋友/家人
☐ 网络 ☐ 广播 ☐ 报纸
☐ 黄页 ☐ 其它 _____

您是否有过潜水经历?
地点: _____
时间: _____

您感兴趣的SDI 等级课程是什么?
☐ 进阶潜水员 Advanced Diver
☐ 救援潜水员 Rescue Diver
☐ 高级潜水员 Master Scuba Diver
☐ 潜水长 Divemaster
☐ 助理教练 Assistant Instructor
☐ 教练 Instructor

专长课程:
☐ 进阶探险潜水员
☐ 进阶浮力潜水员
☐ 高海拔潜水员
☐ 船潜潜水员
☐ 电脑表潜水员
☐ 电脑高氧潜水员
☐ 深潜潜水员
☐ 放流潜水员
☐ 水中推进器潜水员
☐ 干衣潜水员
☐ 专业装备
☐ 全面罩潜水员
☐ 冰潜潜水员
☐ 海洋生态保护
☐ 夜潜/低能见度潜水员
☐ 探究潜水员
☐ 搜索&寻回潜水员
☐ 海岸/海滩潜水员
☐ 独潜潜水员
☐ 水下狩猎&采集
☐ 水下导航潜水员
☐ 水下摄影
☐ 目视检测程序 (VIP)
☐ 沉船潜水员
_____
☐ TDI
☐ ERDI

您感兴趣的潜水地点是哪儿?
☐ 澳大利亚 ☐ 巴哈马群岛 ☐ 百慕大群岛 ☐ 加拿大 ☐ 加勒比海 ☐ 佛罗里
☐ 夏威夷 ☐ 墨西哥 ☐ 密克罗尼西亚 ☐ 新西兰 ☐ 红海
☐ 美国东海岸 ☐ 美国西海岸 ☐ 其它 _____

国际水肺潜水训练记录
SDI DIVER TRAINING RECORD

课程: _____
认证时间: _____ / _____ / _____
年 / 月 / 日
_____
教练姓名(英文) SDI 教练编号

课程: _____
认证时间: _____ / _____ / _____
年 / 月 / 日
_____
教练姓名(英文) SDI 教练编号

课程: _____
认证时间: _____ / _____ / _____
年 / 月 / 日
_____
教练姓名(英文) SDI 教练编号

课程: _____
认证时间: _____ / _____ / _____
年 / 月 / 日
_____
教练姓名(英文) SDI 教练编号

课程: _____
认证时间: _____ / _____ / _____
年 / 月 / 日
_____
教练姓名(英文) SDI 教练编号

课程: _____
认证时间: _____ / _____ / _____
年 / 月 / 日
_____
教练姓名(英文) SDI 教练编号

课程: _____
认证时间: _____ / _____ / _____
年 / 月 / 日
_____
教练姓名(英文) SDI 教练编号