



إستمارة تسجيل

هذه الإستمارة مخصصة فقط لبرنامج تعليم السباحة التابع للإتحاد السعودي للسباحة وغير مصرح باستخدامها لجوانب أخرى

الإسم الثلاثي العنوان تاريخ الميلاد / /

الجنسية رقم الهوية (ترفق صورة منها) البريد الإلكتروني

هاتف منزل رقم الجوال رقم جوال الوالد رقم جوال الوالدة (اختياري)

الرجاء تحديد مستوى السباحة الخاص بك



مبتدئ
متوسط

اجيد السباحة بمستوى:

لا اجيد السباحة

إفادة عن الوضع الصحي

أعط التفاصيل

1- هل تعاني من أي صعوبات بالحركة	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
2- هل انت مصاب بمرض السكري	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
3- هل تعاني من أي أمراض بالشرايين التاجية	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
4- هل تعاني من خفقان واضطراب في نبضات القلب	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
5- هل تعاني من الضغط	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
6- هل تأخذ أدوية بصورة مستمرة	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
7- هل انت مصاب بالصرع	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
8- هل تعاني من الربو	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
9- هل تتلقى العلاج حالياً لمشكلة طبية	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>
10- هل انت مصاب بمرض تكسر الدم SCIKLE CELL	<input type="checkbox"/>	لا	<input type="checkbox"/>	نعم	<input type="checkbox"/>

أتعهد باتباع تعليمات معلم السباحة و الأنظمة والتعليمات الخاصة بالسلامة، وأقر بصحة المعلومات أعلاه ، وعلى ذلك أوقع (يعباً من قبل المشترك فوق ١٦ سنة أو من ولي الأمر لمن هم دون ذلك)

توقيع / المشترك / ولي الامر الإسم التاريخ / /

للإستعمال الرسمي فقط

المدينة رقم التسجيل اتحاد السباحة تعليم خاص المستوى ١ ٢ ٣ ٤ ٥

أيام التدريب الأحد الإثنين الثلاثاء الأربعاء الخميس الجمعة السبت

المعلم: من اتحاد السباحة الإسم معلم خاص الإسم

اسم الموظف التوقيع التاريخ / /

الرسوم



نقداً المبلغ التاريخ / /

تحويل اسم الموظف التوقيع

ATM



الاتحاد السعودي للسباحة
SAUDI SWIMMING FEDERATION



saudi_swimming



صلاحية الكشف الطبي سنتان من تاريخ إجراء الكشف
(من قبل مركز طبي أو مستشفى)

الفحص الطبي

بعد التحية، الرجاء إجراء الفحص الطبي اللازم للتسجيل بدورة تعليم السباحة تحت إشراف الإتحاد السعودي للسباحة حسب ما هو مطلوب أدناه، مع التوصية الطبية لمدي إمكانية ممارسة السباحة أو وجود أي اشتراطات أو موانع

الإسم العمر الطول سم الوزن كغ
1- الضغط (جائس بعد الراحة لخمس دقائق) mm/hg
2- النبض (بعد الراحة لخمس دقائق) bpm فصيلة الدم ()
3- أشعة الصدر - طبيعية نعم لا التفصيل

الفحص السريري

أعط التفصيل

1- هل يوجد أي لغط MURMUR في صوت القلب لا نعم
2- الرئة - طبيعي نعم لا
3- العين - طبيعي نعم لا
4- الأذن - طبيعي نعم لا
5- الأنف - طبيعي نعم لا
6- البطن - طبيعي نعم لا

يسمح له بمزاولة السباحة بدون اشتراطات

يسمح له بمزاولة السباحة باشتراطات وهي

لا يسمح له بمزاولة السباحة مع التوصية بإجراء

اسم الطبيب التوقيع الهاتف
التخصص

اسم المركز الطبي التاريخ / / الختم الرسمي

في حالة الطوارئ الإتصال بـ :



1- العلاقة رقم الجوال

2- العلاقة رقم الجوال

رقم التأمين الطبي إن وجد اسم شركة التأمين :

اسم المستشفى التابع لها إن وجد رقم الملف