



## Termo de Responsabilidade (Informação Confidencial)

### Favor ler com atenção antes de preencher

A sua assinatura neste termo de responsabilidade é necessária para participar no programa de mergulho.

\_\_\_\_\_ e  
Instrutor de mergulho

\_\_\_\_\_ na/no  
Nome da escola

\_\_\_\_\_  
Cidade/ País

Leia com atenção antes de preencher. Caso o presente suscite alguma dúvida não hesite em perguntar ao seu instrutor

Se for menor esta declaração (termo de responsabilidade) terá de ser assinada pelos pais.

O mergulho é uma actividade muito excitante e ao mesmo tempo muito exigente.

Quando praticada correctamente aplicando adequadamente as técnicas de mergulho é perfeitamente segura, no entanto, quando as devidas precauções de segurança não são cumpridas poderá surgir situações de perigo.

Para fazer mergulho em segurança não poderá sofrer de obesidade e terá de estar minimamente em forma. O mergulho poderá ser muito cansativo em alguns casos, pelo que o vosso sistema respiratório e circulatorio terá de estar de perfeita saúde.

Esta declaração (termo de responsabilidade) é um resumo de todas as suas doenças até à data. Esta declaração tem de ser assinado pelo seu médico. Em caso de dúvida não hesite em perguntar ao seu médico ou ao seu instrutor.

### Ficha Clínica

Favor preencher com SIM ou NÃO respectivamente. Caso não tenha a certeza favor responder SIM. Se por ventura tiver mais do que um SIM não quer dizer que não possa fazer mergulho, terá antes de verificar com o seu médico se está apto a fazer mergulho e apresentar um atestado médico como comprovativo.

\_\_\_ Poderá estar grávida

\_\_\_ Está a tomar neste momento algum medicamento com ou sem prescrição médica (com excepção da pilula)

\_\_\_ Tem mais do que 45 anos e...

# fuma cachimbo, charutos ou cigarros

# tem alto teor de colesterol

# tem antecedentes familiares de problemas cardíacos

Alguma vez teve ou neste momento tem...

\_\_\_ Asma, ou dificuldade ao respirar ou ao fazer exercício

\_\_\_ Constipa-se com frequência, tem sinusite, bronquite, febre do feno ou uma outra alergia

\_\_\_ Sofre de problemas pulmonares

\_\_\_ Sofreu alguma cirurgia ao peito

\_\_\_ Sofre de claustrofobia ou fobia de espaços abertos

\_\_\_ Sofre de epilepsia, convulsões ou toma medicamentos para evitar estes sintomas

\_\_\_ Sofre de enxaquecas ou frequentes dores de cabeça ou toma medicamentos para evitar esses sintomas

\_\_\_ Sofre de falhas de memória ou desmaios

\_\_\_ Sofre de enjoos com frequência (no mar ou no carro)

\_\_\_ Alguma vez esteve envolvido em acidentes de mergulho tais como doença da descompressão

\_\_\_ Sofre de problemas na coluna ou já sofreu alguma intervenção cirúrgica na coluna

\_\_\_ Sofre de diabetes ou tem antecedentes familiares com diabetes

\_\_\_ Está incapacitado de fazer exercícios mesmo que moderados

\_\_\_ Sofre de pressão arterial elevada ou toma medicamentos para evitar estes sintomas

\_\_\_ Sofre ou já alguma vez sofreu de problemas cardíacos

\_\_\_ Sofreu alguma intervenção cirúrgica aos ouvidos ou à sinusite

\_\_\_ Sofre de problemas de ouvido interno, problemas de equilíbrio ou alguma vez sofreu problemas quando viaja de avião ou em locais altos (montanhas)

\_\_\_ Problemas com drogas ou alcoolismo

**A informação acima descrita é correcta e o mais precisa possível**

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura (dos pais ou tutores quando menor)

## ALUNO

Favor preencher com letra legível

Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Idade \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

---

## MÉDICO

Favor preencher com letra legível

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### Parecer Médico

(Favor preencher)

Não encontro quaisquer condições médicas incompatíveis com o mergulho

Não posso recomendar mergulho para este indivíduo

Notas \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Selo Médico