



فدراسیون انجمن‌های ورزشی

به نام خدا
کاربرگ ثبت‌نام و پذیرش مسابقه
کمیته مسابقات و لیگ انجمن ورزش‌های هوایی



انجمن ورزش‌های هوایی ایران

عنوان مسابقه	زمان برگزاری	استان محل برگزاری	مکان ورزشی پروازی	عکس
نام	نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ تولد	
شماره همراه	شماره تماس اضطراری	گروه خونی	شماره ملی	
شماره شناسنامه	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	E-mail	
استان / شهرستان	باشگاه	تاریخ انقضاء بیمه ورزشی	سطح گواهینامه	شماره گواهینامه
نشانی کامل محل سکونت + کدپستی				

بخش سنجش سلامت					
پاسخ به تمامی پرسش‌های زیر الزامی است. اطلاعات نادرست در هنگام بروز فوریت‌های پزشکی، اقدامات درمانی را تحت تأثیر قرار داده و خطرناک است					
وضعیت	بیماری	وضعیت	بیماری	وضعیت	بیماری
☐ خیر ☐ بله	ضربه مغزی یا آسیب وارد شده به سر	☐ خیر ☐ بله	مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی	☐ خیر ☐ بله	فتق (پارگی)
☐ خیر ☐ بله	مشکلات چشم، گوش (بیماری، جراحی)	☐ خیر ☐ بله	فشار خون بالا یا پایین	☐ خیر ☐ بله	بیماری‌های ذهنی یا ضعف عصبی
☐ خیر ☐ بله	حملات تشنج کننده (صرع یا تشنج)	☐ خیر ☐ بله	آسیب اسکلتی یا اختلال خونی	☐ خیر ☐ بله	اعتیاد به دارو یا الکل
☐ خیر ☐ بله	بیماری‌های تنفسی (آسم، برونشیت، سل)	☐ خیر ☐ بله	دیابت، هپاتیت یا زردی	☐ خیر ☐ بله	جراحی یا توصیه به عمل جراحی
☐ خیر ☐ بله	حساسیت (آلرژی)	☐ خیر ☐ بله	زخم عمده و دیگر مشکلات گوارشی	☐ خیر ☐ بله	مشکلات پوستی یا آلرژی
☐ خیر ☐ بله	بیماری‌های ذهنی یا ضعف عصبی	☐ خیر ☐ بله	مشکلات کلیه، مثانه	☐ خیر ☐ بله	حساسیت به دارو
☐ خیر ☐ بله	مشکلات مفصلی، شکستگی، دررفتگی	☐ خیر ☐ بله	حساسیت به گزیدن حشرات	☐ خیر ☐ بله	آیا باردار هستید؟
☐ خیر ☐ بله	H.I.V	☐ خیر ☐ بله	حساسیت به گردوغبار	☐ خیر ☐ بله	آیا تحت درمان هستید؟
اگر تحت درمان بوده و یا بیماری دیگری دارید، توضیح دهید:					
این جانب ضمن تأیید مطالب فوق، مسئولیت ناشی از تمامی پیش‌آمدهای ممکن برای خود در مسابقه را می‌پذیرم. امضاء					
حضور نامبرده در مسابقه امکان‌پذیر است ☐ نیست ☐					
شماره شرکت‌کننده: نام و نام خانوادگی، تاریخ، مهر، امضا مسئول ثبت‌نام و پذیرش					

F113T1404.1