



*** با توجه به استفاده از اطلاعات شما در گواهینامه پایان دوره، لطفا موارد خواسته شده زیر را مطابق با شناسنامه خود و با دقت تکمیل فرمایید. (تکمیل موارد ستاره دار (*) در هر دو جدول الزامی است)

* نام و نام خانوادگی (فارسی):	
* (به انگلیسی):	
* نام پدر:	* کد ملی:
* شماره شناسنامه:	* محل صدور شناسنامه:
* تاریخ تولد:	وضعیت تاهل :
آخرین مدرک تحصیلی:	* شماره تلفن همراه:
* پست الکترونیک (ایمیل):	
آدرس و تلفن محل سکونت:	
* در چه رشته یا رشته‌های ورزشی فعالیت (آماتور، نیمه حرفه‌ای و یا حرفه‌ای) دارید یا داشته‌اید؟ لطفا بنویسید.	
* <input type="radio"/> شنا کردن بلدم <input type="radio"/> شنا کردن بلد نیستم <input type="radio"/> در حال آموزش هستم	
متقاضی ثبت نام در تک کارگاه از دوره هستم <input type="radio"/> عنوان تک کارگاه درخواستی :	
<input type="radio"/> متقاضی ثبت نام در پکیج کامل این دوره هستم	

*** از آنجائیکه اصلی ترین تعهد ما سلامتی شماست، لطفاً به جهت جلوگیری از بروز هر گونه مشکلی برای سلامتی تان، اطلاعات و سوابق پزشکی خود را در جدول زیر تکمیل فرمایید. اطمینان داشته باشید که این اطلاعات همواره نزد موسسه محفوظ بوده و احدی به آنها دسترسی نخواهد داشت.

سن شما :		* گروه خونی شما :	
❖ * وضعیت سلامتی عمومی بدن: (خواهشمند است در صورت ابتلا به هر یک، آن را مشخص فرمایید)			
<input type="radio"/> ناراحتی قلبی و عروقی <input type="radio"/> مشکلات کبدی <input type="radio"/> هپاتیت <input type="radio"/> مشکلات کلیوی <input type="radio"/> صرع، سرگیجه، میگرن	<input type="radio"/> فشار خون <input type="radio"/> اختلالات هورمونی <input type="radio"/> اختلالات عصبی و روانی <input type="radio"/> ناراحتی ریوی و تنفسی <input type="radio"/> مشکلات دستگاه گوارش	<input type="radio"/> دیابت <input type="radio"/> مشکلات تیروئیدی <input type="radio"/> آلرژی (هر نوع) <input type="radio"/> وجود صفحات فلزی در بدن <input type="radio"/> ناراحتی مفاصل و استخوان	
❖ * سابقه هر بیماری عام و یا خاص دیگری که لازم می‌دانید ما در جریان باشیم :			
* سابقه جراحی : دارم <input type="radio"/> ندارم <input type="radio"/> * توضیحات جراحی:			
* سابقه مصرف هر گونه دارو (خوراکی، موضعی، تزریقی) را در حال حاضر دارم <input type="radio"/> ندارم <input type="radio"/> اگر دارم، نام دارو : مقدار مصرف :			
* سابقه فوبیا از آب، ارتفاع، حشرات و جانوران یا هر چیز دیگری را دارم <input type="radio"/> ندارم <input type="radio"/> اگر دارم، شرح دهید :			

اینجانب : ، دارنده کارت ملی به شماره : ، کلیه مندرجات و قوانین ارائه شده در این آئین نامه را به هنگام ثبت نام با دقت مطالعه کرده و با آگاهی از تمام مفاد آن در این دوره ثبت نام کرده‌ام .
 تاریخ تکمیل فرم : امضاء و ثبت اثر انگشت :