



Vārds First name:	Uzvārds Surname:	Dzimšanas datums Date of birth:	
		Personas kods Personal ID:	
Tālrunis Phone:	E-pasts E-mail:		
Deklarētā adrese Address:			
Kopējais lēcienu skaits Total number of jumps:	Iepriekšējā lēciena datums Date of last jump:	Licences numurs Licence number:	Licences izdevējs Licence issued by:

PIETEIKUMS biedrības "Skydive Latvia" valdei uzņemšanai asociētā biedra statusā

Lūdzu uzņemt mani biedrībā "Skydive Latvia" kā asociēto biedru un ļaut veikt izpletņlēcšanu sākot no šī pieteikuma parakstīšanas brīža līdz tekošā kalendārā gada beigām. Apņemos ievērot biedrības statūtus, valdes un biedrības biedru kopsapulces lēmumus un drošības noteikumus.

Apzinot, ka izpletņlēcšana ir bīstama nodarbe, kas var izraisīt nelaimes gadījumus, traumas, nopietnus ievainojumus vai pat nāvi, un uzņemos pilnu un neierobežotu atbildību par visiem iespējamiem zaudējumiem, kas var rasties attiecībā uz mani pašu, manu veselību un mantu, un jebkuru trešo pusi.

Apzinot, ka veikt izpletņlēcšanu ir aizliegts, ja ir vai ir bijušas sasilšanas, veselības traucējumi vai sūdzības, kas saistītas ar vai var izraisīt samaņas zudumu, krampjus vai citādi ierobežot spēju apzināti un droši darboties izpletņlēcšanas laikā. Apliecinu, ka visa pievienotajā veselības apliecinājumā sniegtā informācija ir patiesa, pilnīga un precīza, un apzinot, ka šaubu gadījumā "Skydive Latvia" instruktoriem ir tiesības pieprasīt medicīnisko izziņu.

Apzinot, ka visi maksājumi, kas saistīti ar dalību izvēlētajā izpletņlēcšanas disciplīnā un kuri maksājami biedrībai, uzskatāmi par biedru naudu, iestāšanās naudu un ziedojumiem un nav atmaksājami.

Informācija par veiktajiem biedru maksājumiem tiek glabāta biedrības datubāzē, kas pieejama tiešsaistē biedriem, kuriem piešķirts lietotājvārds un parole, vai tā pieejama atsevišķi pieprasot.

TO THE BOARD OF "Skydive Latvia" APPLICATION to enter as Associated Member

I hereby wish to join the club "Skydive Latvia", participate as a skydiver and be an associated member of the club starting from today until the end of current year. I agree to follow the statutes of the club, decisions of the Board and the general meeting of club members, and the safety regulations concerning skydiving activities.

I am aware that skydiving is a dangerous activity which may cause serious injuries or death. Deciding to jump out of an aircraft, I shall assume full and unlimited responsibility for all possible damages that may follow regarding myself or a third party.

I am aware that a skydiver is not allowed to have medical conditions that cause loss of consciousness, seizures or otherwise limit the capability to function safely during a skydive. I confirm that all information given on the attached health confirmation sheet is correct and accurate to the best of my knowledge. I am aware that in case of any doubts the instructors of Skydive Estonia have the right to demand a medical health certificate despite the aforementioned confirmation.

I am aware that all costs of skydive training and jumps paid to the club are considered to be membership fees, entry fees and donations, and are non-refundable.

Information about all paid fees is stored in a club's database accessible online to club members who are issued a user name and password or made available upon request.

Biedrības datubāzē tiek apstrādāta un glabāta šāda informācija: klubu biedru vārdi, personas dati un kontaktinformācija, informācija par veiktajiem treniņiem un lēcieniem, informācija par veiktajiem maksājumiem.

Piekrītu manu personas datu apstrādei: _____
(Lūdzu paraksiet, ja piekrītat)

Apliecinu, ka mani kā izpletņlēcēju, kā arī citos „Skydive Latvia” rīkotajos pasākumos kā dalībnieku, drīkst filmēt un fotografēt un es piekrītu, ka šādi mani attēli un video/audio ieraksti var tikt brīvi un neierobežoti izmantoti.

Piekrītu manu personas datu apstrādei: _____
(Lūdzu paraksiet, ja piekrītat)

Parakstot šo pieteikumu, apliecinu, ka visa man sniegtā informācija ir saprotama un apzinos visus iespējamus riskus un sekas, un apliecinu, ka manis sniegtā informācija ir patiesa, pilnīga un precīza un apņemos nekavējoties informēt „Skydive Latvia” par jebkurām izmaiņām.

The club’s database includes the following information: names, personal detail and contact info of club members, information about performed trainings and jumps, information about membership fees.

I hereby give my consent for processing my personal data in that manner: _____
(Please sign when read, acknowledged and agreed)

I am aware that all participants of skydiving and other events organised by “Skydive Latvia” may be videotaped or photographed at any time, and I hereby grant to Skydive Estonia the right to freely use my image in such recordings.

I hereby give my consent for processing my personal data in that manner: _____
(Please sign when read, acknowledged and agreed)

I hereby confirm that all of the aforementioned information is read, acknowledged and agreed, and information given by me is correct and accurate to the best of my knowledge. I commit to inform “Skydive Latvia” of any changes immediately.

Paraksts | Signature:

Vārds, Uzvārds | Name:

Datums | Date:

Vārds First name:	Uzvārds Surname:	Dzimšanas datums Date of birth: Personas kods Personal ID:
Svars (kg) Weight (in kg):	Augums (cm) Height (in cm):	

APLIECINĀJUMS PAR VESELĪBAS STĀVOKLI

Apliecinu, ka man nav šādas saslimšanas, veselības traucējumi vai sūdzības (izņemot tās, kuras esmu pašrocīgi uzskaitījis laukā zemāk):

Sirds un asinsvadu slimības (aritmija, sirds nepietiekamība, miokarda infarkts, insults, galvas smadzeņu asinsrites traucējumi u.c.), galvas un muguras smadzeņu, nervu sistēmas traucējumi (epilepsija, krampji, samaņas zudumi, apziņas traucējumi u.c.), gremošanas sistēmas un vielmaiņas slimības (zarnu čūla, zarnu iekaisumi, diabetes u.c.), elpošanas orgānu slimības (astma, sinusīts, pneimonija u.c.), redzes vai dzirdes problēmas, locītavu vai ekstremitāšu kustības problēmas, izkropļojumi, psihiski traucējumi, atkarības, grūtniecība, tādu medikamentu lietošana vai citi veselības traucējumi, kas ierobežo spēju droši darboties izpletņlēcšanas laikā.

CONFIRMATION OF HEALTH

I hereby confirm that I do not have the following medical conditions or traumas (except those I have listed below): Cardiovascular diseases (arrhythmia, heart failure, myocardial attack, stroke, cerebrovascular accident, etc.), brain and spinal cord, nervous system disorders (epilepsy, seizures, loss of consciousness, impaired consciousness, etc.), digestive systems and metabolic diseases (bowel disease, ulcer, inflammation of the intestines, diabetes, etc.), respiratory diseases (asthma, sinusitis, pneumonia, etc.), vision or hearing problems, joint or limb movement problems, distortions, psychiatric disorders, addictions, pregnancy, use of medications or other health disorders that limit the ability to function safely during skydiving.

Saslimšana, traucējumi un sūdzības (ja tādu nav, norādīt NAV) Medical conditions (if none present, write NONE): Atļauts piedalīties izpletņlēcšanā (instruktora vārds, uzvārds, paraksts, datums): (jāaizpilda tikai gadījumā, ja pašrocīgi uzskaitītas saslimšanas, traucējumi, sūdzības) Allowed for skydiving (instructors name, signature, date): (filled only in case of existing medical conditions)
--

Apliecinu, ka manis sniegtā informācija ir patiesa, pilnīga un precīza un apņemos nekavējoties informēt „Skydive Latvia” par jebkurām izmaiņām manā veselības stāvoklī.

I hereby confirm that the aforementioned information is correct and accurate to the best of my knowledge. I commit to inform Skydive Estonia before my next jump in case any above-mentioned medical conditions occur.

Paraksts Signature: Datums Date:	Vārds, Uzvārds Name:	Likumīgā aizbildņa vārds, uzvārds un paraksts Name and signature of legal guardian: Datums Date: Personas kods Personal ID:
---	------------------------	--

Sazināties ĀRKĀRTAS SITUĀCIJĀ (vārds, uzvārds, tālrunis):	IN CASE OF EMERGENCY contact (Name, Phone):
---	---



SKYDIVERS CONTROL SHEET

(filled by instructor)

Skydivers name	Licence #	Annual Fee Paid (YES/NO) <input type="checkbox"/>
Category	Total Jumps	Last Jump Date
Own equipment (YES/NO) <input type="checkbox"/> All of below to be filled only if YES:		
Harness & Container Model:		
Main Canopy (make, model, size)		
Reserve Model:		
Last Reserve Repack Date:		
ADD:		
Rig Freefly Friendly (YES/NO) <input type="checkbox"/>		

VVH passed <input type="checkbox"/> Date:	Ground Training completed <input type="checkbox"/> Date:
---	--

Instructor Name and Signature:	Date:
--------------------------------	-------