

تاریخ ثبت:

شماره ثبت:

بسمه تعالی

« فرم درخواست عضویت در گروه کوهنوردی مجتمع بیمارستانی شهید دکتر بهشتی »

الف) مشخصات فردی

محل الصاق عکس

نام و نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد: / / ۱۳ شماره شناسنامه: شماره ملی:

وضعیت تأهل: مجرد متأهل عنوان پست سازمانی:

گروه خون: میزان تحصیلات: رشته تحصیلی:

آدرس دقیق محل سکونت: تلفن:

آدرس دقیق محل کار: تلفن:

تلفن همراه: / Email:

ب) سابقه فعالیت کوهنوردی

چنانچه در رشته کوهپیمایی فعالیت داشته اید سال شروع و مختصری از فعالیت خود را ذکر نمایید:

چنانچه تاکنون به کوهنوردی پرداخته اید سال شروع و مختصری از فعالیت خود را ذکر نمایید: (ملاک صعود قله بالای ۳۵۰۰ متر می باشد)

اسامی قله بالای ۳۸۰۰ متری را که تاکنون صعود نموده اید در جدول زیر ذکر نمایید.

ردیف	نام قله	تاریخ صعود	ردیف	نام قله	تاریخ صعود
۱			۶		
۲			۷		
۳			۸		
۴			۹		
۵			۱۰		

در صورتیکه تاکنون عضو گروه، باشگاه، هیأت و یا تشکیلات کوهنوردی دیگری بوده اید، نام برده و به اختصار در خصوص فعالیت خود در آن مجموعه توضیح دهید.

ج) سایر سوابق فردی

چنانچه در رشته های ورزشی دیگر فعالیت شاخصی داشته اید که منجر به اخذ مدرک، سمت، مدال و شده است به همراه توضیحات لازم ذکر نمایید.

برگ معاینات پزشکی:

لطفاً این فرم را با خط خوانا تکمیل نمایید.

تذکر: لازم است تمامی سوالات جواب داده شوند. نقص یا کوتاهی در بیان اطلاعات پزشکی مورد نظر در زمان سوانح ممکن است

اقدامات درمان را تحت الشعاع قرار داده و ایجاد خطر نماید.

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ۱۲. بیماری های ذهنی یا ضعف عصبی | <input type="checkbox"/> | ۱. ضربه مغزی یا آسیب وارده به سر |
| <input type="checkbox"/> | ۱۳. اعتیاد به دارو | <input type="checkbox"/> | ۲. مشکلات چشمی یا گوشی، بیماری یا جراحی |
| <input type="checkbox"/> | ۱۴. جراحی یا توصیه شده به عمل جراحی | <input type="checkbox"/> | ۳. آسم، برونشیت |
| <input type="checkbox"/> | ۱۵. مشکلات پوستی یا آلرژی | <input type="checkbox"/> | ۴. حملات گیج کننده، غش یا تشنج |
| <input type="checkbox"/> | ۱۶. حساسیت به داروها | <input type="checkbox"/> | ۵. مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی |
| <input type="checkbox"/> | ۱۷. حساسیت به گزیدن حشرات | <input type="checkbox"/> | ۶. فشارخون بالا یا پایین |
| <input type="checkbox"/> | ۱۸. حساسیت به گرد و غبار | <input type="checkbox"/> | ۷. آنمی، لوسمی یا اختلالات خونی |
| <input type="checkbox"/> | ۱۹. استفاده از داروهای تجویز شده به صورت منظم | <input type="checkbox"/> | ۸. دیابت، هیپاتیت یا زردی |
| <input type="checkbox"/> | ۲۰. بیماری های استخوانی یا مفصلی، شکستگی ها، دررفتگی ها، مفاصل مصنوعی، آرتروز، درد ناحیه پشت | <input type="checkbox"/> | ۹. زخم معده یا دیگر مشکلات معدوی |
| <input type="checkbox"/> | ۲۱. H.I.V | <input type="checkbox"/> | ۱۰. مشکلات کلیه یا مثانه |
| <input type="checkbox"/> | ۲۲. آیا شما در حال درمان هستید؟ | <input type="checkbox"/> | ۱۱. فتق (پارگی) |
- بلی خیر

در صورتی که بیماری خاص دیگری به جز موارد بالا دارید ذکر نمایید.

ذ) تعهدنامه

اینجانب ضمن مطالعه دقیق مقررات عضویت گروه و منشور اخلاقی آن و تأیید صحت اطلاعات درج شده متعهد می گردم که با عضویت در گروه کوهنوردی دانشگاه به تمامی آئین نامه ها، اساسنامه و قوانین گروه احترام گذاشته و با تمام وجود در جهت اجرای آنها تلاش می نمایم.

تاریخ: امضاء اثر انگشت:

مدارک مورد نیاز جهت عضویت:

- تصویر شناسنامه از تمامی صفحات دارای توضیح
- تصویر کارت ملی
- دو قطعه عکس ۳×۴ (یک قطعه بر روی فرم عضویت الصاق شود)
- تکمیل فرم عضویت
- تکمیل فرم تعهدنامه (فرم گواهی پزشکی و قبول مسئولیت حوادث احتمالی)
- تصویر کارت بیمه ورزشی سال جاری (توسط دانشگاه تحویل خواهد شد)

این فرم در تاریخ توسط اینجانب تحویل گرفته شد و تمامی مدارک تیک خورده در پرونده موجود بوده و محتویات ارائه شده در فرم با مدارک ارسالی مطابقت دارد.

نام و امضاء سرپرست: