

руководитель \_\_\_\_\_  
(наименование АО) (подпись, ФИО)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**МЕДИЦИНСКОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ**  
 (лиц с ограниченными возможностями)

Я, спортсмен-парашютист, парашютист любитель (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_ перед выполнением прыжков с парашютом заявляю следующее:

я не получал травм головного мозга;

у меня отсутствуют дефекты опорно-двигательного аппарата, препятствующие выполнению прыжков с парашютом;

у меня нет физических и психических ограничений, которые являются противопоказанием для выполнения парашютных прыжков,

**и я не страдаю:**

сердечнососудистыми и легочными заболеваниями;

повышенным или пониженным артериальным давлением, препятствующим или затрудняющим выполнение прыжков с парашютом;

обмороками, судорогами;

ограничением органов слуха, препятствующим выполнению прыжков с парашютом;

нервными расстройствами, психиатрическими заболеваниями;

сахарным диабетом, почечными болезнями;

заболеваниями глазного аппарата, в том числе дефектами зрения, препятствующими выполнению прыжков с парашютом.

**Я имею физические ограничения, которые не препятствуют выполнению прыжка с парашютом** \_\_\_\_\_

**В случае, если я умышленно скрыл информацию о состоянии здоровья, либо мне неизвестно о наличии как вышеуказанных заболеваний, так и о любых иных заболеваниях, при которых противопоказано выполнение прыжков с парашютом или которые могут являться препятствием для выполнения прыжков с парашютом, ОСОЗНАЮ, что риск наступления возможных негативных последствий для здоровья и вина полностью лежат на мне.**

***Я предупрежден и понимаю, что ПРЫЖКИ С ПАРАШЮТОМ связаны с повышенным риском для жизни и здоровья.***

Парашютист	«___» _____ 20__ г.	_____ (_____)
		<small>(подпись, ФИО)</small>
Инструктор	«___» _____ 20__ г.	_____ (_____)
		<small>(подпись, ФИО)</small>
РПП	«___» _____ 20__ г.	_____ (_____)
		<small>(подпись, ФИО)</small>
Мед. работник	«___» _____ 20__ г.	_____ (_____)
		<small>(подпись, ФИО)</small>

Примечания: медицинское заявление заполняется 1 раз в год.