

EGYÉNI FELELŐSSÉGVÁLLALÁSI NYILATKOZAT

SZEMÉLYES ADATOK:

Név: Születési dátum:

Lakcím:

Alulírott felelősségem tudatában kijelentem, hogy az alább felsorolt betegségek meglétéről legjobb tudásom szerint *igen/nem (megfelelő aláhúzendó)* tudok:

Kérnénk a meglévő, de kezelt betegségeket is „igen”-nek jelölni és alul a megjegyzés rovatba beírni.

- | | | |
|--|------|-----|
| ▪ Magas vérnyomás | igen | nem |
| ▪ Terhesség | igen | nem |
| ▪ Sérült dobhártya | igen | nem |
| ▪ Rendszeres gyógyszeres kezelés valamilyen betegségre | igen | nem |
| ▪ A légzőrendszer problémái: | | |
| - Asztma | igen | nem |
| - Tuberkolózis | igen | nem |
| - Tüdőtágulás (emphisema) | igen | nem |
| - Krónikus hörghurut | igen | nem |
| ▪ Ájulással járó betegségek: | | |
| - Cukorbetegség | igen | nem |
| - Epilepszia | igen | nem |
| ▪ Keringési rendszer problémái: | | |
| - Szívroham | igen | nem |
| - Szívinfarktus | igen | nem |
| - Koszorúér-megbetegedések | igen | nem |

Amennyiben bármelyik fenti kérdésre „igen” választ adtam, akkor tudomásul veszem, hogy a felsorolt betegségek némelyikének megléte ideiglenesen vagy véglegesen kizárhat engem, mint jelöltet a bűvártanfolyam elvégzéséből vagy a későbbiekben a bűvárkodásból.

Megjegyzés:

.....
.....
.....

Dátum:.....

Aláírás: