**Středisko výcviku**

**parašutistů**



**PŘIHLÁŠKA DO ZÁKLADNÍHO PARAŠUTISTICKÉHO**

**VÝCVIKU**

***údaje vyplňujte hůlkovým písmem***

***(jsou jen pro vnitřní potřebu***

Jméno. ………………………...Příjmení.…………………………………………Datum nar..………………..

Adresa.…………………………………………………………………………………......PSČ.....……………..

Přibližný termín výcviku............................Státní příslušnost.……….........Tel......……………………….....

E-mail.………………..……………………….....................Jiný kontakt...……………………………………..

Jak jste se dozvěděl(a) o základním výcviku?...........................................................................................

**Osoby zabývající se parašutismem, by měly být přiměřeně fyzicky zdatné a mohou mít váhu max. 100 Kg. Při vyšší váze pouze po dohodě.**

**Přihlašuji se do základního parašutistického výcviku. Jsem si vědom(á) všech rizik, které mohou nastat při výcviku a provádění seskoků z letadla. Mou povinnosti je dodržovat zákonná ustanovení, směrnice a nařízení pro leteckou a parašutistickou činnost, s kterými jsem se v průběhu výcviku seznámil(a) a řídit se pokyny vedoucího výcviku, instruktorů a funkcionářů provozní směny. Podmínky uvedené v tomto odstavci platí i pro další parašutistický (sportovní) výcvik. Rozhoduji se svobodně a s plným vědomím.**

V.………………………Dne.………………To stvrzuji svým podpisem.…………….…………………….

U žadatelů od 15ti do 18ti let je nutný souhlas rodičů nebo jejich zákonných zástupců.

Jména a příjmení.………………………………………………………………………………………………….

Vztah k žadateli.……………………………………………………………………………………………………

Podpisy zákonných zástupců.……………………………………………………………………………………

Na úředně ověřené podpisy použít druhou stranu přihlášky.

**Osvědčení zdravotní způsobilosti 2. třídy - ICAO** *Vyplní zdravotnické zařízení, nebo určený letecký lékař s oprávněním Ministerstva Dopravy ČR*

**a vystavíOsvědčení zdravotní způsobilosti 2. třídy - ICAO**

Jméno.………………………..Příjmení.……………………………………….. Rodné číslo.…………………

Jmenovaný(-á) **JE** způsobilý(-á) absolvovat základní i další sportovní parašutistický výcvik včetně seskoků padákem.

Omezení způsobilosti.…………………………………………………………………………………………….

(např. nutné dioptrické brýle aj.)

Datum vyšetření.…………………Podpis a razítko oprávněného lékaře.……………………………………