



Imię

Nazwisko

Umieszczając tutaj moje imię i nazwisko, wyrażam zgodę na ponoszenie odpowiedzialności za treść tej strony.

Twoje Centrum Szkoleniowe SSI będzie rejestrować twoje postępy w szkoleniu. Po zakończeniu programu SSI otrzymasz certyfikat SSI uznawany na całym świecie i dostępny przez internet, gdziekolwiek się udasz.

Twoje Formularze Szkoleniowe SSI będą przechowywane w twoim Centrum Szkoleniowym SSI. Jeżeli zmienisz Centrum Szkoleniowe SSI, będziesz musiał wypełnić nowe Formularze Szkoleniowe.

## Informacja dotycząca rejestracji kursantów

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia (DD/MM/RR)
<input type="text"/>		
Adres e-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adres e-mail	Nr telefonu	

## Kontakt w nagłych wypadkach

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię i Nazwisko	Stopień pokrewieństwa
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon komórkowy	Adres e-mail

## Formularze Szkoleniowe do uzupełnienia

### Rejestracja Kursantów

Utworzony profil kursanta w MySSI:  Tak  Nie

Numer ID kursanta (MID): \_\_\_\_\_

Wydany Pakiet(y) Cyfrowy:  Tak  Nie

### Polityka Prywatności

Ważne bezterminowo. Musi być wypełniona raz w każdym Centrum Szkoleniowym lub jeśli zostanie złożony formalny wniosek o usunięcie danych osobowych ze wszystkich baz danych SSI.

### Oświadczenie Medyczne nurka i Kwestionariusz

Ważny 1 rok. Dodatkowy formularz Zgody Lekarza na nurkowanie jest wymagany, jeżeli odpowiedziano "TAK" na dowolne pytanie w Kwestionariuszu Medycznym Nurka. Jeśli kursant zachoruje lub zostanie ranny lub w ciągu 12 miesięcy nastąpi znaczna zmiana stanu zdrowia, która kolidowałaby z jego aktualnym oświadczeniem medycznym i kwestionariuszem, musi on wypełnić nowy formularz przed kontynuowaniem jakiegokolwiek szkolenia SSI.

### Przejęcie Ryzyka/Zwolnienie z Odpowiedzialności (nie ma zastosowania w krajach Unii Europejskiej)

Ważny 1 rok. Dodatkowy Formularz uzupełniający dla młodzieży jest również wymagany dla wszystkich kursantów poniżej 18 roku życia i musi być podpisany przez rodzica / opiekuna. (Istnieją osobne formularze Przejęcie Ryzyka/Zwolnienie z Odpowiedzialności dla programów Scuba, Freediving i XR Extended Range.)

### Kodeks Odpowiedzialnego Nurka

Ważne bezterminowo. Musi być wypełniony raz w każdym Centrum Szkoleniowym oraz potwierdzony przez kursanta dla każdego kursu / programu szkoleniowego na Dokumentacji ukończenia kursu. (Istnieją osobne formularze Kodeksu Odpowiedzialnego Nurka dla programów Scuba, Freediving i XR Extended Range.)

### Formularz Ukończenia Kursu

Musi być wypełniony dla każdego kursu / programu szkoleniowego i podpisany przez kursanta oraz instruktora (instruktorów).

Pobierz darmową aplikację MySSI dostępną na iOS oraz Androida! SSI wyznaczyło aplikację MySSI jako kompleksowe narzędzie wspomagające twoje doświadczenia związane z nurkowaniem i dające ci dostęp do Cyfrowych Materiałów Szkoleniowych, Cyfrowego Logbooka oraz Cyfrowych Certyfikatów, w zasięgu twojej ręki. Istnieje szereg usług, takich jak wiadomości, lokalne wydarzenia, daty szkoleń, filmy 360°, a nawet tabele dekompresyjne oraz znaki nurkowe, z którymi powinieneś się zapoznać przed następnym zejściem pod wodę.

[my.divessi.com](http://my.divessi.com)



MySSI App: iOS



Aplikacja MySSI: Android





Imię

Nazwisko

Umieszczając tutaj moje imię i nazwisko, wyrażam zgodę na ponoszenie odpowiedzialności za treść tej strony.

## Polityka Prywatności

Niniejsza Polityka Prywatności wyjaśnia, dlaczego Centra Szkoleniowe SSI gromadzą twoje dane osobowe w celu przeprowadzenia twojego szkolenia, wystawienia certyfikatu, administrowania twoimi danymi prywatnymi oraz w innych celach związanych z realizacją niniejszej umowy.

Dokonyjemy regularnych przeglądów Polityki Prywatności w celu zbadania jej zgodności ze zmienionym RODO (Ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych) oraz innymi odpowiednimi przepisami. Jeżeli będzie to konieczne, dokonamy aktualizacji Polityki, tak aby była zgodna z nowymi wymogami.

SSI oraz Centra Szkoleniowe SSI wspólnie określają cel, zakres oraz sposób dostarczenia treści szkolenia, przetwarzania, wydawania oraz dostarczania świadectw oraz administrowania twoimi danymi osobowymi przechowywanymi w systemie MySSI oraz SSI International GmbH Johann-Hoellfritsch-Straße 6, 90530 Wendelstein, Niemcy, adres e-mail: info@diveSSI.com, Tel:+49-9129-9099380.

Jeżeli masz jakiegokolwiek pytania lub chciałbyś otrzymać egzemplarz Wspólnej Umowy Administratorów Danych Osobowych, która opisuje powyższe uzgodnienia i stoi na straży ochrony twoich danych osobowych, przejdź do poniższej strony: [https://my.divessi.com/ssi\\_dc\\_joint\\_controller\\_agreement](https://my.divessi.com/ssi_dc_joint_controller_agreement) lub skontaktuj się z SSI pod adresem: [privacy@diveSSI.com](mailto:privacy@diveSSI.com).

### 1. Autoryzowane Centrum Szkoleniowe SSI „Administrator Danych”

Nazwa Centrum Szkoleniowego SSI Deepspot

Ulica, Skrzynka Poczтовая ul Warszawska 50

Kod pocztowy, Miasto 96-320 Mszczonów

Województwo, Państwo Mazowieckie, Polska

### 2. Dane osobowe

„Dane osobowe”, to wszelkie informacje dotyczące danej osoby („osoby, której dane dotyczą”). Osoba fizyczna, którą można zidentyfikować, bezpośrednio lub pośrednio, poprzez takie informacje jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny, dane o lokalizacji lub identyfikator online. Imię(imiona) i nazwisko, numer(y) telefonu, adres(y) e-mail, ID użytkownika, numer(y) karty kredytowej, ID kont(a) w mediach społecznościowych, adres(y) IP oraz dane GPS uważane są za dane osobowe.

### 3. Przetwarzanie Twoich Danych Osobowych

SSI International GmbH, Centra Szkoleniowe SSI, twój instruktor SSI oraz inni specjaliści z SSI mogą być zaangażowani w twoje szkolenie, przetwarzanie oraz dostarczenie twojego certyfikatu i dlatego musimy gromadzić i przetwarzać następujące dane osobowe:

- Imię i nazwisko
- Adres, Skrzynka Poczтовая
- Kod pocztowy, Miasto
- Województwo, Państwo
- Adres e-mail
- Numery Telefonu (opcjonalnie)
- Data urodzenia
- Płeć
- Zdjęcie
- Język
- Główne ID SSI
- Rodzaj kursu, Postępy w kursie
- Dane certyfikacyjne (Numer, Data, Instruktor, Numer instruktora, Liczba zejść pod wodę w trakcie certyfikacji,
- Rok certyfikacji)
- Przynależność do Centrum Szkoleniowego
- Geolokalizacje aplikacji MySSI
- Dane medyczne
- Dane dotyczące ubezpieczenia (jeżeli dotyczy)
- Numer Profesjonalisty SSI (tylko w przypadku Profesjonalistów SSI)
- Dane dotyczące gwarancji jakości (dla Profesjonalistów)

UWAGA: Gromadzimy dane osobowe wyłącznie w celu dostarczenia treści szkoleniowych, przetwarzania, wydawania oraz dostarczania certyfikatów, a także przetwarzania twoich danych osobowych w systemie MySSI.

Rejestracja w systemie MySSI umożliwi ci dostęp do wszystkich treści SSI - Cyfrowych Materiałów Szkoleniowych, Cyfrowego Logbooka, Kart Certyfikacyjnych i dodatkowych informacji dostępnych na stronie SSI [www.divessi.com](http://www.divessi.com) lub w aplikacji mobilnej MySSI. Dodatkowo SSI International GmbH (SSI), twoje Centrum Szkoleniowe SSI, Instruktorzy SSI oraz Specjaliści SSI będą mieli dostęp do twoich danych osobowych w celu przeprowadzenia szkolenia oraz wydania świadectwa.

Więcej informacji możesz uzyskać na stronie [https://my.divessi.com/myssi\\_privacy](https://my.divessi.com/myssi_privacy) zawierającej Politykę Prywatności SSI. Tam dowiesz się więcej na temat przetwarzania danych, MySSI, powiązanych usług świadczonych przez SSI oraz tego, jak twoja karta certyfikacyjna jest automatycznie przetwarzana po ukończeniu przez ciebie szkolenia.

W chwili rejestracji w MySSI otrzymasz od SSI e-mail zawierający twoją Nazwę użytkownika oraz Hasło. Ponadto otrzymasz link do Polityki Prywatności SSI opisującej sposób wykorzystania twoich danych osobowych. Aktywacja konta MySSI jest konieczna do uzyskania dostępu do twojego profilu osobistego, postępu twojego szkolenia, certyfikacji, poziomu wykształcenia i wielu innych informacji.

Po ukończeniu wszelkich szkoleń teoretycznych, w basenie oraz na wodach otwartych, SSI przetworzy informacje z twojej cyfrowej karty certyfikacyjnej - Twoje Imię i Nazwisko, Numer Klienta (Główne ID), Centrum Szkoleniowe SSI, Instruktor Certyfikujący, Rok, w którym zacząłeś nurkować, Poziom Doświadczenia, Liczbę Wykonanych Nurkowań oraz Datę Wydania. Wszystkie te informacje będą dostępne poprzez konto MySSI.

Opisane tutaj przetwarzanie jest niezbędne to realizacji umowy (Art. 6 ust. 1 lit. b Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych).

Rejestrując się w MySSI wyrażasz zgodę na przekazywanie swoich danych osobowych: Imienia i nazwiska, Adresu (Skrzynki pocztowej), Kodu pocztowego, Miasta, Województwa, Kraju, Adresu e-mail, Numerów telefonu (opcjonalnie), Daty urodzenia, Zdjęcia, Języka, Płci, Głównego ID SSI, Rodzaju kursu, Informacji o postępach w kursie i informacji certyfikacyjnych (Imię i Nazwisko, Centrum Szkoleniowe SSI, Instruktor Certyfikujący, Rok, w którym zacząłeś nurkować, Poziom Doświadczenia, Liczba Wykonanych Nurkowań oraz Data Wydania), plus Przynależność do Centrum Szkoleniowego. Ponadto wyrażasz zgodę na udostępnianie informacji osobowych, które dostarczyłeś dobrowolnie, przechowywanych w systemie MySSI (np. - numery polis ubezpieczeniowych nurka (jeżeli dotyczy), Oświadczenie o Stanie Zdrowia dla Kursanta oraz Profesjonalisty) w celu realizacji procesu certyfikacji przez inne Service Centers SSI. Możesz podjąć decyzję o przynależności do lub rozpoczęciu współpracy biznesowej z dowolnym Service Center SSI lub Centrum Szkoleniowym SSI na świecie. Pełna lista Service Centers oraz Centrów Szkoleniowych dostępna jest po zalogowaniu pod adresem <https://my.divessi.com/ssi> lub <https://my.divessi.com/divecenter>.



Imię

Nazwisko

Umieszczając tutaj moje imię i nazwisko, wyrażam zgodę na ponoszenie odpowiedzialności za treść tej strony.

Po wyrażeniu przez ciebie zgody, Centra Szkoleniowe SSI będą mogły mieć dostęp do twoich danych osobowych opisanych powyżej w celu zidentyfikowania ciebie, weryfikacji lub potwierdzenia statusu twojego szkolenia oraz świadectw i w celu zaoferowania ci dalszego szkolenia oraz usług w oparciu o twoje doświadczenie w dziedzinie nurkowania. Więcej informacji dotyczących przetwarzania istotnych danych oraz udostępniania danych znajdujących się w systemie MySSI uzyskasz na stronie [https://my.divessi.com/myssi\\_privacy](https://my.divessi.com/myssi_privacy) zawierającej Politykę Prywatności MySSI.

Podstawą prawną opisanego procesu jest zgoda (Art. 6 ust. 1 lit. a Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych).

#### 4. Zasady specjalne dla młodzieży poniżej 16 roku życia.

Młodzież poniżej 16 roku życia nie może uczestniczyć w jakimkolwiek szkoleniu SSI bez wyraźnej zgody rodzica lub prawnego opiekuna. Dane osobowe młodzieży poniżej 16 roku życia wykorzystywane są wyłącznie w celu przeprowadzenia szkolenia oraz wydania świadectw opisanych powyżej.

Młodzież poniżej 16 roku życia, która odwiedzi stronę [www.diveSSI.com](http://www.diveSSI.com) nie ma prawa rejestrować się ani korzystać z systemu MySSI bez zgody rodzica lub opiekuna prawnego. SSI zdecydowanie zaleca, aby rodzic lub opiekun prawny dokładnie monitorował działania podejmowane w internecie przez dziecko pozostające pod jego opieką do czasu osiągnięcia przez nie pełnoletności.

#### 5. Transfer twoich danych osobowych do baz stron trzecich

W przypadku wystąpienia wypadku nurkowego lub złożenia skargi na Profesjonalistę SSI, twoje Centrum Szkoleniowe SSI może przesłać twoje dane osobowe do SSI (SSI International GmbH, Johann-Hoellfritsch-Straße 6, 90530 Wendelstein, Niemcy) pocztą elektroniczną na [info@diveSSI.com](mailto:info@diveSSI.com). W przypadkach określonych przepisami prawa może się okazać niezbędne przekazanie takiej informacji innym Service Centers SSI lub stronie trzeciej zaangażowanej w daną sprawę lub w realizację niniejszej umowy, np. - firmom ubezpieczeniowym, organom władzy publicznej lub innym firmom powiązanych z SSI. Nastąpi to wyłącznie w razie konieczności, w celu realizacji wymogu szkoleniowego, realizacji obowiązku prawnego lub w celu zapewnienia naszych uzasadnionych interesów.

Twoje Centrum Szkoleniowe SSI przekaże również twoje dane osobowe do SSI, jednocześnie przechowując i przetwarzając twoje dane osobowe. W razie konieczności dotyczy to również Oświadczenia o Stanie Zdrowia Kursanta lub Instruktora/Specjalisty SSI w celu administrowania oraz przetwarzania informacji o twoim szkoleniu oraz świadectwach, którymi zarządza SSI w systemie MySSI - [my.diveSSI.com](http://my.diveSSI.com).

Celem przetwarzania i przechowywania twoich danych osobowych są uzasadnione interesy SSI (Art. 6 ust. 1 lit. f Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych).

Możemy również przekazać twoje dane osobowe do następujących usługodawców w celu ukończenia przez ciebie szkolenia:

- Dostawcy usług IT oraz/lub dostawcy usług hostingowych;
- Dostawcy oprogramowania, którzy również wspierają SSI w dostarczaniu usług obejmujących narzędzia marketingowe, agencje marketingowe, dostawcy usług komunikacyjnych oraz centrów telefonicznych;
- Strony trzecie, które świadczą ci usługi, np. - firmy kurierskie, które dostarczą twoje dokumenty, dostawcy usług płatniczych oraz banki - w celu przetworzenia płatności;
- Inne niezbędne strony trzecie, np. - biurowe rewidenci, firmy ubezpieczeniowe, przedstawiciele prawni, itp.;
- Osoby publiczne oraz inne podmioty publiczne, zgodnie z wymogami prawa, np. - organy podatkowe, itp., oraz
- Partnerzy biznesowi w branży nurkowej w celu dostarczania za zgodą użytkownika spersonalizowanej reklamy szkoleń z nurkowania, produktów oraz usług. To obejmuje, na przykład, reklamę ubezpieczenia nurków, członkostwo dla nurków, promocję lokalnych programów szkoleniowych oraz eventów realizowanych przez Centra Szkoleniowe, itp.

Przetwarzanie jest niezbędne dla uzasadnionych interesów SSI (Art. 6 ust. 1 lit. f Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych).

SSI będzie przekazywać twoje dane osobowe zewnętrznym dostawcom usług wyłącznie w wypadku, kiedy strony trzecie przetwarzają dane w naszym imieniu. W celu zapewnienia bezpieczeństwa twoich danych oraz wykorzystania naszych informacji wyłącznie zgodnie z naszą Polityką Prywatności zawrzemy umowę powierzenia przetwarzania danych.

#### 6. Przenoszenie twoich danych osobowych do baz stron trzecich poza USA/UE/EOG

SSI będzie przenosić twoje dane osobowe do Service Centers SSI lub innych partnerów umownych znajdujących się poza USA/UE/EOG w celu weryfikacji twoich szkoleń i świadectw SSI. Takie przeniesienie pozostanie jednak bez wpływu na nasz obowiązek chronienia twoich danych osobowych zgodnie z niniejszą Polityką Prywatności. Twoje dane osobowe prześlemy stronie trzeciej lub organizacji międzynarodowej wyłącznie, jeżeli administrator zapewni odpowiednie zabezpieczenia.

W czasie przekazywania informacji poza teren USA/UE/EOG i bez względu na to, czy do podmiotu powiązanego z SSI, czy do dostawcy zewnętrznego w kraju nie objętym decyzją Komisji UE stwierdzającą odpowiedni poziom ochrony, dane są odpowiednio chronione przez standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję UE; [https://ec.europa.eu/info/strategy/justice-and-fundamental-rights/data-protection/data-transfers-outside-eu/model-contracts-transfer-personal-data-third-countries\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/justice-and-fundamental-rights/data-protection/data-transfers-outside-eu/model-contracts-transfer-personal-data-third-countries_en). Więcej informacji dotyczących certyfikacji dla Tarczy Prywatności znajduje się pod adresem <https://www.privacyshield.gov>; Wiążące Reguły Korporacyjne Podmiotu Przetwarzającego dla dostawcy zewnętrznego: [https://ec.europa.eu/info/strategy/justice-and-fundamental-rights/data-protection/data-transfers-outside-eu/binding-corporate-rules\\_en](https://ec.europa.eu/info/strategy/justice-and-fundamental-rights/data-protection/data-transfers-outside-eu/binding-corporate-rules_en).

#### 7. Bezpieczeństwo danych

SSI angażuje znaczne techniczne oraz organizacyjne środki bezpieczeństwa w celu zabezpieczenia twoich danych osobowych przed nieumyślnymi lub nieupoważnionymi zmianami, usunięciem, utratą, kradzieżą, przeglądaniem, przesyłaniem, powielaniem, wykorzystywaniem, modyfikowaniem lub dostępem. SSI oraz nasi pracownicy przestrzegają przepisów prawa dotyczących poufności oraz prywatności danych. Podobnie, wszyscy upoważnieni agenci posiadający dostęp do twoich danych osobowych w celu wypełnienia swoich obowiązków zawodowych podlegają tym samym zobowiązaniom dotyczącym poufności oraz prywatności danych.



Imię

Nazwisko

Umieszczając tutaj moje imię i nazwisko, wyrażam zgodę na ponoszenie odpowiedzialności za treść tej strony.

## 8. Przechowywanie danych

SSI będzie przechowywać twoje dane osobowe w zakresie dozwolonym w Polityce Prywatności. Po ustaniu tego związku, SSI będzie przechowywać wyłącznie rejestry w celu realizacji celów określonych w niniejszej umowie. Ponadto SSI oraz lokalne przepisy prawa mogą wymagać, aby twoje Centrum Szkoleniowe SSI przechowywało przez dłuższy okres dane dotyczące szkolenia. W innych przypadkach natomiast SSI może posiadać potrzebę przechowywania twoich danych osobowych wyłącznie przez okres potrzebny do realizacji celów administracyjnych oraz w celu chronienia siebie przed roszczeniami prawnymi. Więcej informacji na temat polityki SSI dotyczącej przechowywania danych znajduje się na stronie: [https://my.divessi.com/myssi\\_privacy](https://my.divessi.com/myssi_privacy).

W przypadku, gdy zarejestrowany użytkownik nie aktywuje konta MySSI i nie uzyska świadectwa w ciągu 12 miesięcy od rejestracji, dane użytkownika i konta zostaną automatycznie zablokowane dla użytkownika przez system MySSI.

Więcej informacji na temat polityki MySSI dotyczącej przechowywania danych znajduje się na stronie: [https://my.divessi.com/myssi\\_privacy](https://my.divessi.com/myssi_privacy), na której można znaleźć Politykę Prywatności MySSI.

## 9. Twoje prawa

Twoje prawa dotyczące przetwarzania i przechowywania twoich danych osobowych przez SSI:

- Masz prawo do dostępu oraz do otrzymania kopii twoich danych osobowych przechowywanych przez SSI, Art. 15 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).
- Jeżeli twoje dane osobowe są nieprawidłowe lub nie są już aktualne, masz prawo do modyfikacji informacji, Art. 16 RODO.
- Masz prawo weryfikacji faktu usunięcia twoich danych osobowych z MySSI („prawo do bycia zapomnianym”), Art. 17 RODO.
- Masz prawo otrzymać kopię swoich danych osobowych w powszechnie używanym i czytelnym formacie. Masz również prawo wiedzieć, że przesyłamy twoje dane do innego administratora Art. 20 RODO.
- Masz prawo uzyskać kopię wszelkiego ograniczenia przetwarzania, w przypadku którego zostały spełnione warunki wstępne, Art. 18 RODO.
- Masz prawo do tego, aby w stosunku do ciebie nie podejmowano decyzji, która może mieć dla ciebie skutki prawne lub podobne, opartej wyłącznie na procesie automatycznym, w tym profilowaniu, Art. 22 RODO.

## 10. Twoje prawo do sprzeciwu

Jeżeli twoje dane osobowe mogą zostać wykorzystane do marketingu bezpośredniego, masz prawo do sprzeciwu wobec takiego ich wykorzystania.

Ponadto, jeżeli przetwarzamy twoje dane nawet z uzasadnionych powodów, masz również prawo do wniesienia sprzeciwu w dowolnym czasie, jeżeli pojawiają się powody wynikające z twojej szczególnej sytuacji.

Aby SSI mogło rozpatrzyć twoją prośbę dotyczącą powyższych praw i zapewnić, że twoje dane osobowe nie są przekazywane nieupoważnionym stronom trzecim, prosimy o przesłanie do SSI krótkiego opisu oraz wyraźnego zalecenia dotyczącego twojego sprzeciwu lub modyfikacji danych osobowych przechowywanych w SSI.

Masz również prawo złożyć skargę do organu odpowiedzialnego za ochronę danych, w szczególności, jeżeli uważasz, że przetwarzanie twoich danych osobowych naruszyło obowiązujące przepisy prawa o ochronie danych osobowych, do organu odpowiedzialnego za ochronę danych w twoim kraju lub w województwie, w którym mieszkasz lub pracujesz, Art. 77 RODO.

Imię uczestnika (DRUKOWANYMI)

Podpis uczestnika

Data (DD/MM/RR)

Imię Rodzica lub Opiekuna (jeżeli ma zastosowanie)

Podpis rodzica / opiekuna (jeśli dotyczy)

Data (DD/MM/RR)

## Medycyna nurkowa | Kwestionariusz uczestnika

Nurkowanie rekreacyjne i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving) wymagają dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego. Istnieje kilka stanów chorobowych, wymienionych poniżej, które mogą stanowić zagrożenie podczas nurkowania. Osoby, które mają którekolwiek z tych schorzeń, lub są do nich predysponowane, powinny przeprowadzić konsultację lekarską. Niniejszy kwestionariusz medyczny dla uczestników nurkowania stanowi podstawę do określenia, czy powinieneś zasięgnąć takiej oceny. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości dotyczące swojej zdolności do nurkowania, które nie są przedstawione w tym formularzu, skonsultuj się z lekarzem przed nurkowaniem. Jeśli czujesz się źle, unikaj nurkowania. Jeśli uważasz, że możesz mieć chorobę zakaźną, chroń siebie i innych nie uczestnicząc w szkoleniach nurkowych i/lub zajęciach nurkowych. Odniesienia dotyczące "nurkowania" w niniejszym formularzu obejmują zarówno nurkowanie rekreacyjne jak i nurkowanie na wstrzymanym oddechu (freediving). Formularz ten jest przygotowany głównie jako wstępna ocena medyczna dla nurków rozpoczynających nurkowanie, ale jest również odpowiedni dla nurków podejmujących dalszą edukację. Dla bezpieczeństwa Twojego i innych osób, które mogą nurkować z Tobą, odpowiedz uczciwie na wszystkie pytania.

### Wskazówki

**Wypełnij ten kwestionariusz jako warunek wstępny do kursu nurkowania rekreacyjnego lub na wstrzymanym oddechu.**

**Uwaga dla kobiet:** Jeśli jesteś w ciąży lub próbujesz zajść w ciążę, nie nurkuj.

1	Miałam/em problemy z płucami/oddychaniem, sercem, krwią lub zdiagnozowano u mnie COVID-19.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola A	Nie <input type="checkbox"/>
2	Mam ponad 45 lat.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola B	Nie <input type="checkbox"/>
3	Mam trudności z wykonywaniem umiarkowanych ćwiczeń (np. przejście 1,6 km w ciągu 14 minut lub przepłynięcie 200 metrów bez odpoczynku), LUB nie byłem w stanie uczestniczyć w normalnym wysiłku fizycznym z powodu kondycji fizycznej lub stanu zdrowia w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4	Miałam/em problemy z oczami, uszami, przewodami nosowymi lub zatokami przynosowymi.	Tak <input type="checkbox"/> Go to Box C	Nie <input type="checkbox"/>
5	Miałam/em operację w ciągu ostatnich 12 miesięcy LUB mam ciągłe problemy związane z wcześniejszymi operacjami.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6	Straciłam/em przytomność, miałam/em migrenowe bóle głowy, napady drgawek, udar mózgu, istotny uraz głowy, lub cierpię na trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola D	Nie <input type="checkbox"/>
7	Obecnie jestem leczona/y (lub wymagałam/em leczenia w ciągu ostatnich pięciu lat) z powodu problemów psychologicznych, zaburzeń osobowości, ataków paniki, uzależnienia od narkotyków lub alkoholu, lub zostałam/em zdiagnozowana/y jako osoba z zaburzeniami uczenia się.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola E	Nie <input type="checkbox"/>
8	Miałam/em lub mam problemy z plecami, przepuklinę, owrzodzenia albo cukrzycę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola F	Nie <input type="checkbox"/>
9	Miałam/em lub mam problemy żołądkowe lub jelitowe, w tym w ostatnim czasie biegunkę.	Tak <input type="checkbox"/> Idź do pola G	Nie <input type="checkbox"/>
10	Przyjmuję leki przepisane przez lekarza na receptę (z wyjątkiem leków antykoncepcyjnych lub przeciwalarycznych innych niż meflochina (Lariam).	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

### Oświadczenie Uczestnika

Jeśli odpowiedziałas/eś NIE na wszystkie 10 powyższych pytań, ocena lekarska nie jest wymagana. Prosimy o zapoznanie się i wyrażenie zgody na poniższe oświadczenie uczestnika poprzez podpisanie i datowanie go.

**Oświadczenie Uczestnika:** Odpowiedziałam/em na wszystkie pytania uczciwie i rozumiem, że przyjmuję odpowiedzialność za wszelkie konsekwencje wynikające z pytań, na które odpowiedziałam/em nieprecyzyjnie lub za nieujawnienie jakichkolwiek obecnych lub przeszłych stanów zdrowia.

\_\_\_\_\_  
Podpis Uczestnika (lub, w przypadku osoby niepełnoletniej, podpis rodzica/opiekuna)

\_\_\_\_\_  
Data (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Uczestnika (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia (dd/mm/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Instruktora (drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
Nazwa Centrum Nurkowego (drukowanymi literami)

\* Jeśli odpowiedziałas/eś TAK na pytania 3, 5 lub 10 powyżej LUB na którekolwiek z pytań na stronie 2, prosimy przeczytać i zaakceptować powyższe oświadczenie, podpisując je i datując ORAZ zabrać wszystkie trzy strony tego formularza (Kwestionariusz Uczestnika i Formularz Oceny Medycznej) do lekarza w celu dokonania oceny medycznej. Uczestnictwo w kursie nurkowym wymaga zgody lekarza.

## Medycyna nurkowa | Kwestionariusz Uczestnika - kontynuacja

POLE A – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację klatki piersiowej, operację serca, operację zastawek serca, założenie stentu lub odnę płucnową (zapadnięte płuco).	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Astmę, świszczący oddech, nasilone alergie, katar sienny lub niedrożne drogi oddechowe, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, które ograniczały moją aktywność fizyczną / aktywność sportową.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Problem lub chorobę związaną z moim sercem, na przykład: dusznicę bolesną, ból w klatce piersiowej przy wysiłku, niewydolność serca, obrzęk płuc, zawał serca lub udar mózgu, LUB przyjmuję leki na jakąkolwiek chorobę serca.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nawracające zapalenie oskrzeli i kaszel w ciągu ostatnich 12 miesięcy, LUB zdiagnozowaną rozedmę.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Zdiagnozowaną chorobę COVID-19.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POLE B – MAM PONAD 45 LAT ORAZ:		
Obecnie palę lub wdycham nikotynę w inny sposób.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysoki poziom cholesterolu.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Mam wysokie ciśnienie krwi.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Miałam/em bliskiego krewnego zmarłego nagle lub z powodu choroby serca lub udaru mózgu przed 50 rokiem życia, LUB mam w rodzinnym wywiadzie chorobę serca u osób przed 50 rokiem życia (w tym zaburzenia rytmu serca, chorobę wieńcową lub kardiomiopatię).	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POLE C – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację zatok w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Chorobę lub operację ucha, utratę słuchu lub problemy z równowagą.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się zapalenie zatok w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Operację oka w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POLE D – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Uraz głowy z utratą przytomności w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Trwałe uszkodzenie neurologiczne lub chorobę o podłożu neurologicznym.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Powtarzające się migrenowe bóle głowy w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Utratę przytomności lub omdlenie (całkowita/częściowa utrata świadomości) w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Padaczkę, napady padaczkowe lub drgawki, LUB przyjmuję leki, aby im zapobiec.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POLE E – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Problemy behawioralne, psychiczne lub psychologiczne wymagające leczenia medycznego/psychiatrycznego.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Poważną depresję, myśli samobójcze, ataki paniki, niekontrolowaną chorobę dwubiegunową wymagającą leczenia farmakologicznego/ psychiatrycznego.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Zdiagnozowany stan zdrowia psychicznego lub zaburzenie uczenia się/rozwoju, który wymaga stałej opieki.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Uzależnienie od narkotyków lub alkoholu wymagające leczenia w ciągu ostatnich 5 lat.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POLE F – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Powtarzające się w ciągu ostatnich 6 miesięcy problemy z plecami, które ograniczają moją codzienną aktywność.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Operację pleców lub kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Cukrzyca, zarówno kontrolowana przez leki, jak i przez dietę, LUB cukrzyca ciążowa w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Nieskorygowaną przepuklinę, która ogranicza moje możliwości fizyczne.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone owrzodzenia, problematyczne rany lub chirurgiczne leczenie owrzodzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POLE G – MAM/MIAŁAM/MIAŁEM:		
Operację stomii i nie mam zezwolenia lekarskiego na pływanie lub angażowanie się w aktywność fizyczną, ca per nuotare o praticare attività fisica.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Odwodnienie wymagające interwencji medycznej w ciągu ostatnich 7 dni.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub nieleczone wrzody żołądka lub jelita lub chirurgiczne leczenie wrzodów przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Częstą zgagę, regurgitację lub refluks żołądkowo-przełykowy (GERD).	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Aktywne lub niekontrolowane wrzodziejące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego-Crohna.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Operację bariatryczną w ciągu ostatnich 12 miesięcy.	Tak * <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

\* Wymagana ocena lekarza specjalisty. (patrz strona 1).

Imię i nazwisko Uczestnika

Data urodzenia

(drukowanymi literami)

Data (dd/mm/yyyy)

## Medycyna nurkowa | Formularz oceny medycznej

Wyżej wymieniona osoba zwraca się z prośbą o wyrażenie opinii na temat swojej zdolności medycznej do uczestnictwa w nurkowaniu rekreacyjnym, szkoleniu lub aktywności freedivingowej. Proszę odwiedzić stronę [uhms.org](http://uhms.org) po wskazówki medyczne dotyczące warunków medycznych związanych z nurkowaniem. Zapoznaj się z obszarami istotnymi dla Twojego pacjenta w ramach przeprowadzanej oceny.

### Wynik oceny medycznej:

- Zgoda - nie znajduję żadnych przesłanek, które byłyby przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.
- Brak zgody - stwierdzam istnienie przesłanek, które są przeciwskazaniem do nurkowania rekreacyjnego lub freediving'u.

Podpis Lekarza

Data (dd/mm/yyyy)

Imię i nazwisko Lekarza

Specjalizacja

(drukowanymi literami)

Przychodnia/Szpital

Adres

Nr telefonu

Email

Pieczeń Lekarza/Przychodni/Szpitala (opcjonalnie)

Opracowanie: [Diver Medical Screen Committee](#) we współpracy z:

**The Undersea & Hyperbaric Medical Society**

**DAN (US)**

**DAN Europe**

**Hyperbaric Medicine Division, University of California, San Diego**



Imię

Nazwisko

Umieszczając tutaj moje imię i nazwisko, wyrażam zgodę na ponoszenie odpowiedzialności za treść tej strony.

## Umowa o Przejęcie Ryzyka, Zwolnienie z Odpowiedzialności i Ochronę SSI - Szkolenie w Zakresie Nurkowania Rekreacyjnego

**Niniejszy dokument jest wiążącą prawnie umową odbierającą tobie prawo do wniesienia sprawy sądowej. Przeczytaj ją uważnie przed podpisaniem. Ostrzeżenie - W czasie nurkowania wykorzystywany jest sprzęt do podtrzymywania życia oraz techniki niosące ze sobą ryzyko odniesienia poważnych obrażeń, choroby lub śmierci.**

W celu dopuszczenia mnie do uczestnictwa w szkoleniu z nurkowania, ja, \_\_\_\_\_ (imię i nazwisko kursanta - drukowanymi literami) wyrażam zgodę na to, abym był(a) związany(a) niniejszą Umową oraz na przestrzeganie Kodeksu Odpowiedzialności Nurka SSI. Rozumiem, że niniejsza Umowa jest wiążąca dla mnie, mojej rodziny, mojego spadku, spadkobierców oraz wszelkich osób, które mogą wysuwać roszczenia w moim imieniu, oraz dla \_\_\_\_\_ (nazwa centrum szkoleniowego drukowanymi literami), w tym wszystkich instruktorów, obiektów, łodzi oraz ośrodków szkoleń, którzy/które prowadzą lub w których odbywa się szkolenie, dla Scuba Schools International („SSI”), oraz wszystkich odpowiednich właścicieli, członków organów zarządczych, pracowników, przedstawicieli, wolontariuszy, agentów, wykonawców oraz innych osób działających w ich imieniu, bez względu na to, czy zostali wymienieni z nazwy, czy też nie (dalej zwanych „Stronami Zwolnionymi”).

Niniejszym dobrowolnie przejmuję wszelkie ryzyka związane z obrażeniami, chorobą lub śmiercią spowodowanymi nurkowaniem oraz wszelkimi związanymi z nim czynnościami, bez względu na to, czy były one możliwe do przewidzenia, czy też nie, w tym m.in. ryzyka związane z: pływaniem, wchodzeniem oraz wychodzeniem z wody, upadkiem na, byciem uderzonym przez lub porzuconym przez łódź, odłączeniem lub zgubieniem pod wodą, wstrzymywaniem oddechu, istniejącymi wcześniej schorzeniami zdrowotnymi, niewydolnością serca, nadmiernym wysiłkiem, paniką, utonięciem, obrażeniami wynikającymi z działania ciśnienia, chorobą dekompresyjną, urazami spowodowanymi przez środowisko oraz organizm morski, powstałymi z nieznanych przyczyn, z awarią sprzętu, nieodpowiednim planem nurkowania lub niewłaściwym zachowaniem innych nurków lub personelu pomocniczego (w tym z nieudaną próbą ratowania, odnalezienia, reanimacji lub udzielenia pomocy w nagłych wypadkach).

Zgadzam się na zrzeczenie się, rezygnację, nie składanie pozwów, zabezpieczenie i ochronę Stron Zwolnionych w odniesieniu do wszelkich roszczeń, żądań, podstaw do wytoczenia powództwa, pozwów oraz wniosków o odszkodowanie, które mogą wysunąć ja, mój spadek, moja rodzina (w tym nieletnie dzieci), spadkobiercy oraz inne osoby, które mogą mieć roszczenie w związku z moim urazem, chorobą lub śmiercią wynikającą z działania lub zaniechania działania, w tym zaniechania Stron Zwolnionych, wynikających z mojego szkolenia z zakresu nurkowania oraz związanych z nim czynności. Przyjmuję na siebie odpowiedzialność za poinformowanie swojej rodziny oraz wszelkich osób, które mogą posiadać w moim imieniu prawa, że zawarłem niniejszą Umowę i że moim zamiarem jest to, aby byli związani niniejszą Umową. Zgadzam się na pełną odpowiedzialność za zapłacenie lub za uzyskanie z mojego majątku przez Stronę Zwolnioną kosztu wynikającego z jakichkolwiek roszczeń wniesionych w moim imieniu jako skutek mojego uczestnictwa w nurkowaniu oraz w związanych z nim czynnościach.

Uważnie przeczytałem, rozumiem i zgadzam się przestrzegać Kodeksu Odpowiedzialności Nurka SSI w czasie wszelkich czynności związanych z nurkowaniem. Rozumiem i zgadzam się, że jestem odpowiedzialny za swoje własne bezpieczeństwo oraz dobro w czasie wszelkich aktywności związanych ze szkoleniem z zakresu nurkowania. Jestem odpowiedzialny za posiadanie sprawności fizycznej, psychicznej oraz stanu zdrowia odpowiednich do nurkowania. Potwierdzam, że wszelkie informacje osobowe, które dostarczyłem w kwestionariuszach medycznych są zgodne z prawdą i stanem mojej wiedzy i nie będę pociągał innych do odpowiedzialności za jakikolwiek uraz, chorobę lub śmierć spowodowaną nieujawnieniem przede mnie znanego mi schorzenia. Jestem odpowiedzialny za konfigurację, przygotowanie oraz sprawdzenie przed zejściem pod wodę własnego sprzętu w celu weryfikacji, czy jest on właściwy i funkcjonuje prawidłowo. Jestem odpowiedzialny za planowanie i wykonanie wszelkich moich zadań związanych z nurkowaniem, w tym za przewidzenie potencjalnych sytuacji nagłych. Nie pociągnę żadnej strony, w tym Stron Zwolnionych, do odpowiedzialności za brak ochrony mojego dobrostanu, zapewnienia właściwego użycia przede mnie sprzętu lub realizacji w sposób kompetentny należących do mnie działań związanych z nurkowaniem. Nie będę nurkować w warunkach lub w czasie, które przekraczają moje umiejętności oraz poziom komfortu. Jeżeli warunki staną się niebezpieczne, pogorszy się moje samopoczucie lub ulegnę urazowi, natychmiast powiadomię lidera nurkowego i podejmę działanie mające na celu naprawienie tej sytuacji. Rozumiem, że nurkowanie odbywa się w lokalizacjach odległych w czasie i przestrzeni od opieki medycznej i komory dekompresyjnej. Rozumiem, że szkolenie z zakresu nurkowania nie gwarantuje mojego bezpieczeństwa i że wypadki zdarzają się nawet w przypadku przestrzegania odpowiednich procedur. Rozumiem znaczenie i swoją odpowiedzialność za posiadanie ubezpieczenia osobistego, które obejmuje nagłe wypadki związane z nurkowaniem, transportem w razie nagłych wypadków oraz leczeniem.

Rozumiem i zgadzam się, że SSI udziela licencji centróm szkoleniowym, Profesjonalistóm oraz współpracownikóm na wykorzystanie różnych znaków towarowych SSI oraz prowadzenie szkolenia zatwierdzonego przez SSI, jednak nie są oni agentami, pracownikami ani franczyzobiorcami SSI, jej spółkami dominującą, zależną ani powiązaną. Ponadto rozumiem, że centra szkoleń SSI, Profesjonałiści SSI oraz firmy należące do ich współpracownikóm są niezależne i nie stanowią własności, nie są prowadzone ani kontrolowane przez SSI, i że pomimo, że SSI określa standardy oraz materiały potrzebne do szkolenia SSI, nie jest odpowiedzialna za, ani nie ma prawa do kontroli, realizacji działań biznesowych, codziennego szkolenia ani do prowadzenia nadzoru nad nurkami poprzez centra szkoleniowe SSI, Profesjonałistów SSI, ich powiązane firmy, oraz/lub ich współpracownikóm. Ponadto rozumiem i zgadzam się we własnym imieniu, że w razie urazu, choroby lub śmierci w czasie nurkowania, nie będę pociągał SSI do odpowiedzialności za działania, zaniechanie działania lub zaniechanie centrum szkoleniowego SSI, Profesjonałistów SSI lub inne firmy powiązane lub personel związany z moim nurkowaniem.

Przeczytałem niniejszą Umowę oraz Kodeks Odpowiedzialnego Nurka SSI. Wyraźnie oświadczam, że rozumiem swoją odpowiedzialność i że podpisując niniejszą Umowę rezygnuję z przysługujących mi praw. Rozumiem, że niniejszy dokument jest wiążącą prawnie umową i podpisuję ją bez przymusu. Rozumiem, że stanowi ona bezwarunkowe i całkowite zwolnienie z wszelkiej odpowiedzialności w najszerszym możliwym zakresie dopuszczonym prawem. Jeżeli jakkolwiek część niniejszej Umowy okaże się prawnie niemożliwa do wyegzekwowania lub nieważna, część ta zostanie oddzielona, zaś pozostała część Umowy będzie miała pełną moc prawną. Zgadzam się na związanie mnie niniejszą Umową bez zmian w wydrukowanym wcześniej tekście. Warunki niniejszej Umowy będą obowiązywać dla całego szkolenia z zakresu nurkowania (w tym szkolenia podstawowego oraz szkolenia ustawicznego) oraz związanych z nim działań przez okres jednego roku od daty podpisania niniejszej umowy. Oświadczam, że ukończyłem(am) 18 lat i mam zdolność prawną do zawarcia niniejszej Umowy, lub uzyskałem(am) zgodę mojego rodzica lub opiekuna prawnego na formularzu Załącznika dla Młodzieży.

Imię uczestnika (DRUKOWANYMI)

Podpis uczestnika

Data (DD/MM/RR)

Rodzic/Opiekun prawny (drukowanymi literami)

Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

Data (DD/MM/RR)





Imię

Nazwisko

Umieszczając tutaj moje imię i nazwisko, wyrażam zgodę na ponoszenie odpowiedzialności za treść tej strony.

## Kodeks odpowiedzialnego Freedivera SSI

Freediving / nurkowanie na wstrzymanym oddechu - każda aktywność, podczas wykonywania której uczestnik wstrzymuje oddech, uwzględniając wstrzymywanie oddechu po za wodą, wynurza się na wstrzymanym oddechu oraz / lub wstrzymuje oddech będąc pod wodą, może uwzględniać użycie sprzętu takiego jak maska, płetwy, fajka oraz specjalistyczny sprzęt do Freedivingu taki jak mono płetwy, klips na nos, aby osiągnąć dłuższe czasy wstrzymania oddechu, większe głębokości i dłuższe dystanse.

Freediving to przygoda, która wymaga użycia specjalistycznego sprzętu i profesjonalnego szkolenia, aby eksplorować podwodny świat bez sprzętu podtrzymującego życie. Podobnie jak w przypadku innych aktywności, freediving zawiera elementy ryzyka, których nie można całkowicie wyeliminować bez względu na ilość treningu, opieki, ostrożności i wiedzy specjalistycznej. SSI wierzy, że ryzyko to można zmniejszyć stosując się do filozofii Diamentu Nurka SSI - rozwój odpowiedzialnej wiedzy, umiejętności, wyposażenia i doświadczenia. Ostatecznie do każdego nurka należy przyjęcie nieodłącznego ryzyka związanego z freedivingiem oraz odpowiedzialność każdego nurka za zminimalizowanie ryzyka poprzez zachowanie dobrej oceny sytuacji, zdrowego rozsądku, szacunku i osobistej świadomości podczas wszystkich czynności nurkowych. SSI opracowało Kodeks Odpowiedzialnego Freedivera, który przypomina freediverom o twojej odpowiedzialności za każde nurkowanie na wstrzymanym oddechu.

Jako odpowiedzialny Freediver - zobowiązuje się:

1. **NURKOWAĆ KOMPETENTNIE** - Nurkować zawsze w granicach swojego wykszolenia, certyfikacji, doświadczenia, komfortu i możliwości.
2. **UTRZYMYWAĆ ODPOWIEDNI POZIOM ZDROWIA.** - Uwzględniając odpowiednią sprawność fizyczną, zdrowie psychiczne i świadomość psychiczną do nurkowania na wstrzymanym oddechu. Jeżeli doświadczę jakichkolwiek objawów hipoksji lub dyskomfortu/bólu podczas wyrównywania ciśnienia w przestrzeniach powietrznych podczas uprawiania freedivingu, nie będę nurkował do końca dnia oraz dopóki mój stan nie poprawi się w pełni.
3. **REALIZOWAĆ PLAN NURKOWANIA** - Planować swoje nurkowanie na wstrzymanym oddechu i nurkować zgodnie z planem. Słuchać i postępować zgodnie z odprawą przed nurkowaniem.
4. **BYĆ ODPOWIEDZIALNYM PARTNEREM FREEDIVINGOWYM** - Pozostać z moim partnerem freedivingowym od początku do końca naszego nurkowania i stosować zasadę "jeden w dół - jeden w górę". Znać nasz plan na odnalezienie się w przypadku rozłączenia podczas uprawiania freedivingu.
5. **SPRAWDZAĆ MÓJ SPRZĘT DO FREEDIVINGU** - Przed każdym nurkowaniem, sprawdzę swój sprzęt i upewnię się, że działa prawidłowo. Ustalę odpowiednie wyważenie i będę wiedział jak szybko zrzucić swój balast. Jeśli używam smyczy, będę wiedział, jak ją odpiąć i przetestuję funkcję szybkiego wypinania przed wejściem do wody.
6. **ŚWIADOMOŚĆ FREEDIVERA** - Monitorować swoją głębokość i zanurzać się bez przekraczania limitów wyrównywania ciśnienia w przestrzeniach powietrznych. Podczas nurkowania na zadaną głębokość, używać stałej liny z wyraźnie oznaczoną głębokością. Zawsze obserwować swojego partnera, gdy nadejdzie jego kolej na nurkowanie.
7. **UTRZYMYWAĆ BIEGŁE UMIEJĘTNOŚCI FREEDIVINGOWE** - Rozumiem, że umiejętności freedivingowe i wiedza są nietrwałe. Jeżeli nie nurkowałem dłużej niż sześć miesięcy, rozumiem konieczność oceny moich umiejętności przez partnera freedivingowego lub wzięcia udziału w odświeżeniu z instruktorem freedivingu, jeżeli nie będę czuł się pewnie ze swoimi możliwościami.
8. **SZANOWAĆ ŚRODOWISKO** - Uważać na prądy, fale, widoczność, temperaturę, pogodę, ruch łodzi, śliskie, nierówne i niestabilne powierzchnie, przestrzenie zamknięte, zaplątania i niebezpieczne życie morskie. Rozumiem, że łodzie to niestabilne powierzchnie i zawsze będę się trzymał za pomocą jednej ręki. Rozumiem, że łodzie są szczególnie niebezpieczne dla freediverów i dołożę wszelkich starań, aby nie zostać potrąconym przez łódź. Rozumiem, jak ważne jest nurkowanie zapoznacze z lokalnym profesjonalistą podczas nurkowania w nieznanym środowisku. Będę przestrzegać wszystkich zasad nurkowania oraz obowiązujących przepisów, ustaw i kodeksów.
9. **PLANOWAĆ NA WYPADEK SYTUACJI AWARYJNYCH** - Oprócz sprawdzenia całego mojego sprzętu do freedivingu, zweryfikuję, czy sprzęt moich partnerów działa prawidłowo, jest odpowiednio skonfigurowany i czy wiem, jak zrzucić ich balast i odpiąć smycz w razie niebezpieczeństwa. Będę znał znaki freedivingowe i jak alarmować innych w przypadku zagrożenia. Będę miał plan działania awaryjnego na wypadek, gdyby mój partner lub ja miał sytuację awaryjną.
10. **ZAAKCEPTOWAĆ ODPOWIEDZIALNOŚĆ** - Jestem ostatecznie odpowiedzialny za moje bezpieczeństwo podczas wszystkich nurkowań na wstrzymanym oddechu. Nieprzestrzeganie tych obowiązków zwiększy moje ryzyko poważnych obrażeń lub śmierci. Wypadki mogą się zdarzyć, nawet jeśli przestrzegane są wszystkie wytyczne bezpieczeństwa, dlatego powinienem uzyskać osobiste ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku podczas uprawiania freedivingu.

Rozumiem znaczenie bycia odpowiedzialnym freediverem i zobowiązuje się przestrzegać Kodeksu Odpowiedzialnego Freedivera SSI. Rozumiem, że nieprzestrzeganie Kodeksu Odpowiedzialnego Freedivera SSI zagrozi mojemu bezpieczeństwu i dobrobytowi.

Imię uczestnika (DRUKOWANYMI)

Podpis uczestnika

Data (DD/MM/RR)

Imię Rodzica lub Opiekuna (jeżeli ma zastosowanie)

Podpis rodzica / opiekuna (jeśli dotyczy)

Data (DD/MM/RR)