

**PLEASE READ CAREFULLY AND FILL IN ALL BLANKS BEFORE SIGNING**



<b>First Name:</b>		<b>Last Name:</b>	
<b>Address:</b>			
<b>City:</b>		<b>State:</b>	<b>Zip:</b>
<b>E-Mail:</b>		<b>Phone:</b>	
<b>Do you like to receive Swiss Divers Newsletter:</b>		<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

I, hereby affirm that I am aware that skin diving and snorkeling have inherent risks which may result in injury or death. I understand and agree that neither my guide(s)/instructor(s), the facility through which this program is offered by "Swiss Divers Association", nor International PADI, Inc. nor its affiliate and subsidiary corporations, nor any of their respective employees, officers, agents, contractors or assigns (hereinafter referred to as "Released Parties") may be held liable or responsible in any way for any injury, death or other damages to me, my family, estate, heirs or assigns that may occur as a result of my participation in this program or as a result of the negligence of any party, including the Released Parties, whether passive or active. In consideration of being allowed to participate in this program, I hereby personally assume all risks of this program whether foreseen or unforeseen, that may befall me while I am participating in this program. I further release, exempt and hold harmless said program and Released Parties from any claim or lawsuit by me, my family, estate, heirs or assigns, arising out of my enrollment and participation in this program. I understand that snorkeling and skin diving are physically strenuous activities and that I will be exerting myself during this program, and that if I am injured as a result of heart attack, panic, hyperventilation, drowning or any other cause, that I expressly assume the risk of said injuries and that I will not hold the Released Parties responsible for the same. I understand that past or present medical conditions may be contraindicative to my participation in the program. I affirm that I am not currently suffering from a cold or congestion or have an ear infection. I affirm that I do not have a history of seizures, dizziness or fainting, nor a history of heart condition (e.g. cardiovascular disease, angina, heart attack). I further affirm that I do not have a history of respiratory problems such as emphysema or tuberculosis. I affirm that I am not currently taking medication that carries a warning about any impairment of my physical or mental abilities. I further state that I am of lawful age and legally competent to sign this liability release, or that I have acquired the written consent of my parent or guardian. I understand the terms herein are contractual and not a mere recital and that I have signed this Agreement of my own free act and with the knowledge that I hereby agree to waive my legal rights. I further agree that if any provision of this Agreement is found to be unenforceable or invalid, that provision shall be severed from this Agreement. The remainder of this Agreement will then be construed as though the unenforceable provision had never been contained herein. I understand and agree that I am not only giving up my right to sue the Released Parties but also any rights my heirs, assigns, or beneficiaries may have to sue the Released Parties resulting from my death. I further represent I have the authority to do so and that my heirs, assigns, or beneficiaries will be stopped from claiming otherwise because of my representations to the Released Parties.

I understand that the terms are contractual and not a mere recital and I have signed this document of my own free act.

IT IS YOUR INTENTION BY THIS INSTRUMENT TO EXEMPT AND RELEASE MY INSTRUCTORS OR DIVEMASTERS, SWISS DIVERS ASSOCIATION, NATIONAL ASSOCIATION OF DIVING INSTRUCTORS NAUI, AND INTERNATIONAL PADI INC., AND ALL RELATED ENTITIES AS DEFINED ABOVE, FROM ALL LIABILITY OR RESPONSABILITY WHATSOEVER FOR PERSONAL INJURY, PROPERTY DAMAGE OR WRONGFUL DEATH HOWEVER CAUSED, INCLUDING, BUT NOT LIMITED TO, THE NEGLIGENCE OF THE RELEASED PARTIES, WHETHER PASSIVE OR ACTIVE.

I HAVE FULLY INFORMED MYSELF OF THE CONTENTS OF THIS LIABILITY RELEASE AND EXPRESS ASSUMPTION OF RISK BY READING IT BEFORE I SIGNED IT ON BEHALF OF MYSELF AND MY HEIRS.

**Note rental waiver: Return your equipment in the same condition as when you received.**

**If the rental equipment gets damaged or lost, we will charge you for it!**

<input type="checkbox"/> Mask	<input type="checkbox"/> Snorkel	<input type="checkbox"/> Fins	<input type="checkbox"/> Wetsuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------	--------------------------



Participant's Signature



Date (dd/mm/yyyy)



Signature of Parent or Guardian (where applicable)



# FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD / COVID-19

Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar esta Declaración Médica adicional para inscribirse en un curso de formación de buceadores o para participar en cualquier actividad de buceo. Si usted es menor de edad, debe presentar esta Declaración firmada por su padre o tutor.

## CUESTIONARIO MÉDICO PARA EL BUCEADOR

El propósito de este cuestionario médico es asegurarse de que usted es apto para bucear, desde el punto de vista médico. Por favor, responda las siguientes preguntas con un SÍ o un NO. Si no está seguro, responda SI. Una respuesta positiva significa que puede haber una condición preexistente que podría afectar su seguridad durante el buceo. Si alguno de estos puntos considera que se adecúa a usted, debemos rogarle que consulte con un médico, preferiblemente un especialista en medicina del buceo, antes de participar en cualquier actividad subacuática.

Dentro de los 40 días inmediatamente anteriores a la fecha de este Formulario de Declaración de Salud, ¿USTED

- ¿HA DADO POSITIVO O PRESUNTAMENTE POSITIVO EN LA PRUEBA POR COVID-19 (EL NUEVO CORONAVIRUS O SARS-COV2), O HA SIDO IDENTIFICADO COMO UN POTENCIAL PORTADOR DEL CORONAVIRUS?  
 SI       NO
- ¿HA EXPERIMENTADO ALGÚN SÍNTOMA COMÚNMENTE ASOCIADO CON COVID-19 (FIEBRE; TOS; FATIGA O DOLOR MUSCULAR; DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DOLOR DE GARGANTA; INFECCIONES PULMONARES; DOLOR DE CABEZA; PÉRDIDA DEL GUSTO; O DIARREA)?  
 SI       NO
- ¿HA ESTADO EN ALGÚN LUGAR/SITIO DECLARADO COMO PELIGROSO Y/O POTENCIALMENTE INFECCIOSO DEL NUEVO CORONAVIRUS POR UNA AUTORIDAD SANITARIA O REGULADORA, RECONOCIDA?  
 SI       NO
- ¿HA ESTADO EN CONTACTO DIRECTO CON O EN LA INMEDIATA PROXIMIDAD DE CUALQUIER PERSONA QUE HAYA DADO POSITIVO CON EL NUEVO CORONAVIRUS O QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA COMO POSIBLEMENTE INFECTADA POR EL NUEVO CORONAVIRUS?  
 SI       NO

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es totalmente veraz, según mi saber y entender. Acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión al revelar mis condiciones de salud existentes o pasadas.

También me comprometo a informar al \_\_\_\_\_ acerca de cualquier síntoma que pueda experimentar después de haber rellenado esta declaración y/o haber entrado en contacto con alguien que haya dado positivo después de firmar la declaración.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del  
Tutor o Responsable

Fecha

Firma

Firma

## DECLARACIONES ADICIONALES / COVID-19

Si se me pide, llevaré una máscara protectora en todo momento mientras participe en la formación / actividades de buceo organizadas por el \_\_\_\_\_, y tomaré todas las medidas preventivas razonables que puedan ser recomendadas por el \_\_\_\_\_, o cualquier autoridad pública relevante.

Aceptaré y observaré todas las instrucciones del \_\_\_\_\_, destinadas a cumplir con todas las regulaciones existentes, necesarias para ayudar a prevenir el riesgo de transmisión, incluyendo tomar mi temperatura, antes de participar en cualquier actividad de buceo.

RECONOZCO y ACEPTO que esta Declaración será considerada como mi consentimiento a \_\_\_\_\_ para conservar esta Declaración y facilitarla a cualquier autoridad relevante o proveedor de servicios, con el fin de garantizar la seguridad de cualquier tercero que pueda entrar en contacto conmigo antes, durante y después de cualquier actividad de buceo.

Nombre completo

Fecha

Nombre completo del  
Tutor o Responsable

Fecha

Firma

Firma