

## مدارک مورد نیاز ثبت نام در باشگاه ورزشی کوهیاران پارس شیراز

- ۱- مطالعه دقیق اساسنامه و آیین نامه باشگاه و پذیرش آن
- ۲- تصویر صفحه اول شناسنامه
- ۳- تصویر کارت ملی
- ۴- تصویر عکس پرسنلی تمام رخ جدید رنگی
- ۵- تصویر فرم تکمیل شده ثبت اطلاعات اولیه (فرم شماره ۱)
- ۶- تصویر فرم تکمیل شده تقاضا نامه عضویت (فرم شماره ۲)
- ۷- تصویر فرم تکمیل شده فرم ثبت اطلاعات پزشکی - خود اظهاری- (فرم شماره ۳)

### تذکره:

افرادى متقاضى عضویت به صورت مهمان هستند نیازی به ارائه مدارک ردیف ۵ تا ۷ ندارند ولی ارائه مدارک ردیف ۲ تا ۴ الزامیست. تمامی فرم ها و مدارک باید به صورت دستنویس تکمیل و سپس با حجم کمتر از ۳۰۰ کیلو بایت اسکن و در پورتال باشگاه بارگزاری گردد



فرم شماره ۱

## باشگاه ورزشی کوهپایان پارس شیراز

### فرم ثبت اطلاعات فردی

#### مشخصات فردی

نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
شماره شناسنامه:	محل صدور:	تاریخ تولد:	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل
گروه فون:	تمصیلات:	شغل:	تاریخ تقاضا:
نشانی منزل:			تلفن همراه:
نشانی محل کار:			تلفن منزل:
پست الکترونیکی:			تلفن محل کار:

#### نمونه امضاء

#### تعهد نامه

اینجانب با مشخصات فوق ضمن اطلاع از این موضوع که باشگاه ورزشی کوهپایان پارس شیراز یک موسسه غیر انتفاعی می باشد، متقاضی عضویت در باشگاه بوده و با مطالعه دقیق آیین نامه باشگاه متعهد میگردم که به تمام مفاد آن امتراجم گذاشته، دستورات افلاقی و ورزشی آن را در به صورت کامل در دوران عضویت فویش رعایت نمایم، و در صورت هرگونه تلافی، تابع تصمیم باشگاه باشم. همچنین در امر پیشبرد ورزش کوهنوردی و باشگاه کوهپایان پارس کوشا بوده و وظایف خود را در مقابل باشگاه به نحو مطلوب انجام دهم.

تاریخ: \_\_\_\_\_ امضاء و اثر انگشت \_\_\_\_\_



## باشگاه ورزشی کوهپایه‌ها شیراز

تقاضا نامه عضویت در باشگاه

### مشخصات کامل متقاضی

اینجانب: نام ..... نام خانوادگی ..... نام پدر ..... کد ملی .....  
 شماره شناسنامه ..... صادره از ..... تاریخ تولد ...../...../..... محل تولد ..... ساکن.....  
 شماره تلفن منزل ..... شماره تلفن همراه ..... شماره تماس ضروری .....  
 اعلام میدارم از حدوث تمام خطرات و عواقبی که ناشی از انجام ورزش کوهنوردی و سایر ورزشهای وابسته به آن از قبیل سنگنوردی، دره نوردی، یخ نوردی، غارنوردی، کوهپیمایی، صعودهای زمستانه، کوهنوردی با اسکی و سایر فعالیت های مرتبط و وابسته که ممکن است منجر به صدمه، بیماری، مرگ، و نیز آسیب و یا از دست دادن اموال و دارایی من باشد ضمن اطلاع از این موضوع که باشگاه ورزشی کوهپایه‌ها شیراز، یک موسسه غیر انتفاعی می باشد و همچنین از مفاد آیین نامه و شرایط و ضوابط تعیین شده از طرف باشگاه ورزشی کوهپایه‌ها شیراز اطلاع کامل داشته و ضمن پذیرش قوانین فوق الذکر و برعهده گرفتن مسئولیت علم به تمام مخاطرات ورزش کوهنوردی به طور مطلق، و به صورت کاملا ارادی و بدون هر گونه اجبار و تحمیل، تقاضای عضویت در باشگاه ورزشی کوهپایه‌ها شیراز و شرکت در برنامه های ورزشی و فعالیتهای آن باشگاه را داشته و اعلام می نمایم در این راستا هیچ گونه مسئولیتی متوجه مدیر عامل، مدیران داخلی، اعضای هیات مدیره، مربیان، مدرسان، سرپرستان برنامه ها و هیچ یک از همراهانم نخواهد بود و کلا بری الذمه خواهند بود. همچنین موافقت می نمایم که من، و نمایندگان شخصی و قانونی من به استناد این سند هیچ گاه دعوی قانونی علیه این باشگاه و اشخاص فوق الذکر نخواهند داشت. همچنین متعهد میگردم در صورت هرگونه عدول و خروج از ضوابط و شرایط مندرج در آیین نامه باشگاه ورزشی کوهپایه‌ها شیراز، مطیع تصمیمات باشگاه بوده و حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمایم. همچنین در خصوص رعایت ضوابط شرعی و قانونی، تمام مسئولیتهای متوجه خودم بوده و چنانچه به تشخیص مراجع ذیصلاح عملی بر خلاف موازین قانونی و شرعی صورت گیرد شخصا پاسخگو خواهم بود.

تاریخ تکمیل فرم:

نام و نام خانوادگی، امضاء و اثر انگشت متقاضی



**باشگاه ورزشی کوهپایان پارس شیراز**  
**فرم ثبت اطلاعات پزشکی (فود اظهار)**

لطفاً این فرم به خط فوانا تکمیل گردد

نام و نام خانوادگی	نام پدر	
شماره شناسنامه	تاریخ تولد	
کد ملی	میزان تمصیلات	
محل اقامت	ملیت	
گروه فون	دین	
شغل	مذهب	
تلفن منزل و محل کار	تلفن همراه	
کد پستی	پست الکترونیکی	
نشانی منزل		

**اطلاعات پزشکی (فود اظهار)**

تذکر : لازم است تمامی سئوالات جواب داده شوند. نقص یا کوتاهی در بیان اطلاعات پزشکی مورد نظر در زمان سوانح ممکن است اقدامات درمانی را تمت الشعاع قرار داده و ایجاد فطر نماید

بلی خیر

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ۱۲- بیماریهای ذهنی یا ضعف عصبی
- ۱۳- اعتیاد به دارو یا الکل
- ۱۴- جراحی شده یا توصیه شده به عمل جراحی
- ۱۵- مشکلات پوستی یا آلرژی
- ۱۶- مساسیت به دارو
- ۱۷- مساسیت به گزیدن مشرات
- ۱۸- مساسیت به گرد و غبار
- ۱۹- استفاده از داروهای تمویز شده به صورت منظم
- ۲۰- بیماریهای استفوانی یا مفصلی، شکستگیها، در رفتگیها،

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- مفاصل مصنوعی، آرتزیت درد نامیه پشت
- ۲۱- H.I.V
- ۲۲- آیا شما در حال درمان هستید؟

بلی خیر

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ۱- ضربه مغزی یا آسیب وارد به سر
- ۲- مشکلات چشمی یا گوشی (بیماری یا جراحی)
- ۳- مملات گیج کننده ، غش یا تشنج
- ۴- تریبولوزیس، آسم، برونشیت
- ۵- مشکلات قلبی یا تب روماتیسمی
- ۶- فشار فون بالا یا پایین
- ۷- آنمی، لوسمی یا افتلالات فونی
- ۸- دیابت، هیپاتیت یا زردی
- ۹- زخم یا دیگر مشکلات معده
- ۱۰- مشکلات کلیه یا مثانه
- ۱۱- فتق (پارگی)

❖ توضیحات لازم در مورد بیماریهای فوق و یا بیماری هایی که در بالا ذکر نشده است :

اینجانب / / متقاضی عضویت در باشگاه ورزشی کوهپایان پارس شیراز در تاریخ / /

ضمن تایید کلیه اظهارات فوق مسئولیت ناشی از هر گونه گفته خلاف واقعیت را می پذیرم.

امضاء و اثر انگشت