

## مدارک مورد نیاز جهت صدور گواهینامه

- اسکن اصل مدرک کارآموزی کوهپیمایی  
( در صورت عدم صدور مدرک ، اسکن ریزنمرات دوره کارآموزی کوهپیمایی )
- تکمیل و اسکن فرم ثبت نام و پذیرش ۹۰-۱۰۱
- اسکن اصل کارت ملی
- اسکن عکس ۴\*۳ رنگی تمام رخ
- اسکن گواهی صحت ، سلامت - جهت فعالیت ورزشی از پزشک عمومی
- اسکن اصل بیمه ورزشی سال جاری
- اسکن رسید دستگاه عابر بانک (با درج عنوان دوره و تلفن تماس)  
هزینه دوره ۱۶۰ هزار تومان (کارت به کارت)  
بانک سامان ۶۲۸۴ ۶۲۸۲ ۰۸۶۱۰ ۸۶۱۰ ۶۲۱۹ به نام اکبر مشهدی زاده

### شرایط و نحوه ثبت نام در دوره کارآموزی سنگنوردی (طبیعت)

کلیه مدارک فوق را به صورت مجزا با فرمت jpg اسکن شود

ایمیل دریافت مدارک [mehdi.farahani2@yahoo.com](mailto:mehdi.farahani2@yahoo.com)

Telegram : 09211316795

حد نصاب کارآموزان دوره	حداکثر ۸ نفر
آخرین مهلت ثبت نام	یک هفته قبل دوره
مدت زمان دوره	۳روز کلاس عملی (۶:۳۰ الی ۱۷ عصر)
محل برگزاری کلاس تئوری	همزمان با کلاس عملی ، کلاس تئوری هم برگزار می شود.
محل برگزاری کلاس عملی	در بند ، منطقه بند یخچال

وسایل لازم جهت شرکت در دوره کارآموزی سنگ نوردی (طبیعت)		
تعداد	نوع ابزار	
۱ عدد	سندلی سنگ نوردی *	۱
۱ عدد	کلاه سنگ نوردی *	۲
۲ عدد	اسلینگ ۶۰ سانتی (با کارابین دابل) *	۳
۱ عدد	اسلینگ ۱۲۰ سانتی *	۴
۷ متر	طنابچه انفرادی ۷ میل	۵
۱۷۰ سانتی متر	طنابچه ۶ میل (نرم)	۶
۱ عدد	هشت فرود	۷
۲ عدد	کارابین پیچ (گلابی) *	۸
۱ عدد	کارابین پیچ (ok) *	۹
۱ عدد	کارابین ساده (OWALL) *	۱۰
۱ عدد	کیسه نگهداری ابزار *	۱۱
یک جفت	کتانی سنگ نوردی	۱۲
یک حلقه	طناب صعود دینامیک (هر ۳ نفر) *	۱۳
<p>در صورت ثبت نام یک هفته قبل از دوره ، تهیه وسایل <b>ستاره دار</b> (*) را به صورت امانی از انبار باشگاه امکان پذیر می باشد. لطفا با برنامه ریزی، وسایل و تجهیزات مورد نظر را تهیه فرمایید.</p> <p>به کارآموزان توصیه می شود، قبل از حضور در دوره برای استفاده مناسب از کلاس کارآموزی سنگنوردی برنامه ریزی لازم جهت تمرینات سنگنوردی در داخل سالن را داشته باشند.</p>		

فدرایسون کوه نوردی و صعودهای ورزشی  
کارگروه آموزش

فرم ثبت نام و پذیرش

محل الصاق  
عکس

لطفاً این فرم را با خط خوانا و خودکار مشکی تکمیل نمایید.

عنوان دوره: ..... زمان برگزاری: ..... مکان برگزاری: .....

نام پدر:		نام خانوادگی:	
Full Name :			
شماره شناسنامه:	محل تولد:	محل صدور:	تاریخ تولد: روز ماه سال
استان محل اقامت:		هیئت کوه نوردی و صعودهای ورزشی اعزام کننده:	
گروه خون:		شماره کارت بیمه ورزشی:	
شغل:		آخرین مدرک و رشته تحصیلی:	
کد ملی:	ملیت:	وضعیت تأهل:	
کدپستی منزل:	دین:	مذهب:	
نشانی منزل:		رایانامه:	
تلفن منزل - همراه:			

بخش سنجش سلامت

احتیاط: پاسخ به تمامی پرسش‌ها الزامی است. اطلاعات نادرست، در هنگام بروز فوریت‌های پزشکی، اقدامات درمانی را تحت الشعاع قرار داده و خطرناک است.

بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱ - ضربه مغزی یا آسیب وارد شده به سر	۱۲ - بیماری‌های ذهنی یا ضعف عصبی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲ - مشکلات چشمی (بیماری جراحی)	۱۳ - اعتیاد به دارو یا الکل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳ - حملات گیج کننده (غش یا تشنج)	۱۴ - جراحی توصیه شده برای انجام عمل جراحی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴ - توپر کلوزیس، آسم، برونشیت	۱۵ - مشکلات پوستی آلرژی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵ - مشکلات قلبی یا روماتیسمی	۱۶ - حساسیت به دارو
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶ - فشار خون بالا یا پائین	۱۷ - حساسیت به گزیدن حشرات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷ - آنمی - لوسمی یا اختلالات خونی	۱۸ - حساسیت به گرد و غبار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸ - دیابت، هپاتیت یا زردی	۱۹ - استفاده از داروهای تجویز شده به صورت منظم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹ - زخم معده و دیگر مشکلات معده	۲۰ - بیماری‌های استخوانی مفصلی، شکستگی‌ها، دررفتگی‌ها، مفاصل مصنوعی، آرتريت، درد ناحیه پشت
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰ - مشکلات کلیه، مثانه	۲۱ - H.I.V.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱ - فتق (پارگی)	۲۲ - آیا شما در حال درمان هستید؟

اگر پاسخ شماره ۲۲ «بله» است، علت تحت درمان بودن خود را بنویسید:

بیماری‌های دیگر یا ضایعاتی که در بالا از آن‌ها نام برده نشده و شما به آن‌ها مبتلا هستید را بنویسید:

این جانب ..... ضمن تأیید مطالب فوق، مسئولیت ناشی از تمامی پیش‌آمدهای ممکن برای خود، در دوره را می‌پذیرم.

امضاء

شرکت نام برده در دوره امکان پذیر است/ نیست.

نام - نام خانوادگی و امضای مسئول پذیرش