

Jyväskylän laskuvarjokerho ry

Waiver & turvallisuusohje

Nimi: _____ Syntymäaika: _____

Lähiosoite: _____

Postinumero & -toimipaikka: _____

Email: _____ Puhelin: _____

Kotikerho: _____ Hyppymäärä viim. 12kk aikana: _____

Onnettomuustapauksessa ilmoittakaa seuraaville henkilöille:

Nimi: _____ Nimi: _____

Puhelin: _____ Puhelin: _____

Laskuvarjohyppytoiminnassa Jyväskylän laskuvarjokerhossa noudatetaan seuraavia määräyksiä ja asetuksia:

- Ilmailulakia ja -asetusta
- Ilmailuhallinnon antamia ilmailumääräyksiä ja lentokelpoisuusmääräyksiä
- Suomen Ilmailuliitto ry:n hyväksymiä ohjeita ja suosituksia
- JLK ry:n johtokunnan hyväksymää Hyppytoiminnan ohjetta, sekä JLK ry:n hyppymestareiden, turvallisuuspäällikön, apulaiskoulutuspäällikön ja koulutuspäällikön antamia määräyksiä
- Jyväskylän lentoaseman toimintakäsikirjan määräyksiä
- pokanvanhimman osalta Pokanvanhimman ohjetta.

Lentokoneessa tulee toimia ilma-aluksen päällikön ja pokanvanhimman ohjeiden mukaisesti. Pokanvanhin on määrättävä jokaiselle pokalle ja hänen tulee olla perehtynyt Pokanvanhimman ohjeeseen. Pokanvanhin vastaa pokansa toiminnasta alusta loppuun saakka. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota oven toimintaan, jonka pokanvanhin hoitaa, sekä siihen, että kiiwetessä pois koneesta tai siirryttäessä koneesta tukea ei oteta pilotin penkistä eikä tönitä repulla pilottia tai koneen hallintalaitteita. **ÄLÄ** koskaan avaa ovea ilman pilotilta saatua hyppy lupaa!

Laskeutuminen tapahtuu kiitotien ja rullaustie Tangon väliselle nurmialueelle, jossa tuulipussi sijaitsee. Laskeutumiskuvio tehdään vasemman kautta, ellei pokanvanhin toisin määrää. Kiitotietä ei saa ylittää alle 300 metrin korkeudessa (eikä sen päiden ympäri kävellä).

Allekirjoituksellani ilmoitan tutustuneeni näihin ohjeisiin ja sitoudun noudattamaan niitä.

_____.20_____
Päivämäärä

Allekirjoitus

KERHON EDUSTAJA TÄYTTÄÄ:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Henkilöllisyystodistus | <input type="checkbox"/> Terveystilavakuutus / lääkärintodistus OK |
| <input type="checkbox"/> Lisenssi: A B C D | <input type="checkbox"/> Muu koulutustodistus _____ |
| <input type="checkbox"/> SIL jäsenyys | <input type="checkbox"/> Muu kolmannen osapuolen vastuuvakuutus _____ |
| <input type="checkbox"/> Hyppykalusto OK | <input type="checkbox"/> Varjokirjat+laitekortti voimassa _____ asti. |

_____.20_____
Päivämäärä

Tarkastajan allekirjoitus

LASKUVARJOHYPPÄÄJÄN TERVEYDENTILAVAKUUTUS

(luottamuksellinen; vain koulutusorganisaation käyttöön)

Hyppääjän nimi ja syntymäaika: _____
(lisäksi lääkärintodistus yli 60-vuotiailta)

Onko teillä todettu seuraavia sairauksia, vammoja tai rajoituksia (kyllä / ei / en tiedä)?

1. Sydänsairauksia (esim. rytmihäiriöitä, synnynnäinen sydänvika, verenpainetauti, rintakipuja, sepelvaltimotauti)
kyllä ei en tiedä

2. Hengityselinsairauksia (esim. keuhkolaajentuma, astma, ilmarinta, toistuvat poskiontelotulehdukset, tuberkuloosi)
kyllä ei en tiedä

3. Tajunnanhäiriöitä (esim. selittämättömät tai toistuvat huimaukset, kouristukset, epilepsia)
kyllä ei en tiedä

4. Insuliinihoitoinen diabetes
kyllä ei en tiedä

5. Nivelten sijoiltaanmenoja, alle vuoden vanhoja luunmurtumia tai toiminnan rajoituksia (lukuun ottamatta luunmurtumat ja vammat, jotka lääkärintarkastuksessa on todettu täysin parantuneiksi)
kyllä ei en tiedä

6. Säännöllinen lääkärin määräämä lääkitys (kaikki "kolmiolääkkeet", psykelääkkeet jne. lukuun ottamatta e-pillereit, tulehduskipulääkkeet, ihotauti- ja allergialääkkeet, antibiootit tai muut lääkkeet, jotka hoitavan lääkärin mukaan eivät ole este laskuvarjo-
hypyille)
kyllä ei en tiedä

7. Näkökykyä haittaavia sairauksia
kyllä ei en tiedä

8. Näöntarkkuus

Oppilaiden yhteisnäön tulee olla 1.0 tai parempi. Vähintään A-lisenssin kelpoisuustodistuksen omaavan hyppääjän yhteisnäön tulee olla 0.8 tai parempi. Molempien silmien yhteisen näkökentän tulee olla normaali. Hyppääjän tulee kyetä lukemaan normaalikokoista tekstiä 30 cm etäisyydeltä. Mikäli näiden vaatimusten saavuttaminen vaatii silmä- tai piilolaseja, on niitä käytettävä hypätessä.

Minun on käytettävä silmä- tai piilolaseja edellä mainittujen näkövaatimusten saavuttamiseksi:
kyllä ei

Vakuutan, että antamani tiedot pitävät paikkansa. Sitoudun hankkimaan terveydentilaani koskevan lääkärintodistuksen ja antamaan terveydentilastani tietoja, mikäli antamani tiedot muuttuvat tai jos koulutusorganisaatio sitä vaatii.

Paikka _____

Päiväys _____ Allekirjoitus _____

Paikka _____

Päiväys Holhoojan allekirjoitus (alle 18-vuotiailta) _____

Holhoojan nimen selvennys ja puhelinnumero

Onnettomuustilanteessa ilmoittakaa seuraavalle henkilölle: _____
Nimi ja puhelinnumero

LÄÄKÄRINTODISTUKSEN TARKASTUS (tarvittaessa ja yli 60-vuotiailta)

Lääkärintodistus päivätty _____._____._____ Lääkärin nimi ja SV-numero _____

Kerho _____

Päiväys KP / AKP / (oppilas myös HM)