

# Paw-Trips Paw-Trips

"We give our guests the taste of the North"

By Kayak & Canoe or Skis & Sledges

15 Elsinore Path Th. 103, Toronto, Ontario M8V 3Z3 Tel. (416) 253 4982, (416) 471 4982

<http://www.pawtrips.com>

E-mail: [info@pawtrips.com](mailto:info@pawtrips.com) [pawtrips@go.com](mailto:pawtrips@go.com)

Nasz program jest dosyć wyczerpujący i wymaga innych form wysiłku fizycznego, niż te, do których większość Państwa jest przyzwyczajona. Nie chcemy, abyście brali udział w zajęciach, które mogą być szkodliwe dla Waszego zdrowia, bądź którym sprzeciwiłby się lekarz ze względu na przebytą chorobę, kontuzję lub operację. Jeśli macie Państwo jakiekolwiek pytania dotyczące udziału w zajęciach organizowanych przez Paw-Trips, proszę skontaktować się ze swoim lekarzem. Prosimy o wypełnienie formularza, abyśmy byli w stanie lepiej określić Wasze potrzeby i mogli pomóc Państwu bezpiecznie uczestniczyć w naszym programie.

imię i nazwisko \_\_\_\_\_ płeć \_\_\_\_\_  
adres pocztowy \_\_\_\_\_  
wiek \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wzrost \_\_\_\_\_  
zawód \_\_\_\_\_ waga \_\_\_\_\_

Proszę zakreślić prawidłową odpowiedź.

Czy uskarżał/a się Pan/Pani kiedykolwiek na:

alergię tak nie

cukrzycę tak nie

choroby serca tak nie

epilepsję tak nie

astmę tak nie

nadciśnienie tak nie

problemy z kręgosłupem tak nie

przemieszczenia kości tak nie

Czy łatwo się Pan/Pani zaziębia? tak nie

Czy Pan/Pani pali? tak nie

Czy jest Pani w ciąży tak nie

Czy jest Pan/Pani obecnie pod opieką lekarską? tak nie

Jeśli tak, to z jakiego powodu \_\_\_\_\_

Czy zażywa Pan/Pani lekarstwa? tak nie

Jeśli tak, to jakie? \_\_\_\_\_

Czy jest Pan/Pani uczulony/a na użądlenia i ugryzienia? tak nie

Jeśli tak, to czy ma Pan/Pani ze sobą lekarstwa? tak nie

Jakie? \_\_\_\_\_

Czy ma Pan/Pani jakiekolwiek przypadłości które mogłyby zagrozić Waszemu zdrowiu, bądź mogłyby stanowić zagrożenie dla innych? tak nie

Jakie? \_\_\_\_\_

Czy musi Pan/Pani w jaikolwiek sposób ograniczać ćwiczenia fizyczne? tak nie

Jeśli tak, to jakie? \_\_\_\_\_

Proszę określić swoje umiejętności pływackie. \_\_\_\_\_

Jakby Pan/Pani określił/a stan swojego zdrowia? \_\_\_\_\_

Proszę opisać swoje specjalne wymagania dietetyczne. \_\_\_\_\_

W razie wypadku proszę powiadomić: \_\_\_\_\_

Tel. domowy osoby powiadamianej. \_\_\_\_\_ tel. praca osoby powiadamianej \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

podpis \_\_\_\_\_