

KUESIONER MENDAKI GUNUNG/PANJAT TEBING

(dilengkapi oleh calon Tertanggung)

Nama Calon Tertanggung : _____

No. SPAJ: _____

No.	Pertanyaan	Penjelasan
1	<p>a) Sudah berapa lama Anda menekuni olahraga mendaki gunung/panjat tebing?</p> <p>b) Sebutkan tujuan Anda mendaki gunung/panjat tebing</p>	<p>Beri tanda “x” pada kolom yang sesuai dengan tujuan penyelaman</p> <p>() fotografi () Penyelamatan () penelitian () pemeliharaan () instalasi () eksplorasi () observasi () penyelaman percobaan () untuk penghargaan/kompetisi () Lain-lain, jelaskan.....</p>
2	<p>a) Berapa kali Anda melakukan pendakian/panjat tebing rata-rata dalam 1 (satu) tahun?</p> <p>b) Apakah Anda merencanakan untuk melakukan pendakian dalam kurun waktu 2 (dua) tahun ini ? Jika “Ya”, mohon jelaskan secara terperinci , termasuk daerah/lokasi pendakian, lama pendakian dan frekuensi pendakian.</p>	
3	<p>Mohon penjelasan:</p> <p>a) Maksimum ketinggian</p> <p>b) Tingkat kesulitan (mudah, sulit, sangat sulit, dll)</p> <p>c) Pada musim apa Anda biasa melakukan pendakian/panjat tebing</p> <p>d) Jenis perlengkapan</p>	
4	<p>a) Jelaskan jenis tempat pendakian/panjat tebing yang sering Anda lakukan</p> <p>b) Sebutkan lokasi geografis tempat Anda biasa melakukan pendakian/panjat tebing</p>	<p>Beri tanda “x” pada kolom yang sesuai</p> <p>() bersalju () dinding buatan () daerah berbatu () lain-lain, jelaskan</p>
5	Apakah Anda adalah anggota aktif suatu perkumpulan (club) atau organisasi, baik profesional maupun amatir? Jika “Ya”, sebutkan nama perkumpulan/organisasi tersebut, di mana dan sejak kapan menjadi anggota.	
6	Apakah Anda mendaki /memanjat tebing sendiri atau berpasangan atau berkelompok? Jelaskan !	
7	<p>Kapan Anda terakhir kali melakukan pemeriksaan kesehatan untuk keperluan pendakian/panjat tebing?</p> <p>Mohon sebutkan nama dan alamat dokter yang memeriksa, hasil dan tanggal pemeriksaan</p>	
8	<p>a) Apakah Anda pernah menderita suatu penyakit atau mengalami kecelakaan/cidera sebagai akibat langsung dari pendakian/panjat tebing? Jika “ya”, jelaskan kapan terjadi, di mana dan tindakan/pengobatan yang dilakukan, sebutkan pula nama dokter yang merawat.</p> <p>b) Apakah saat ini masih terdapat gejala sisa akibat kejadian di atas? Jika “Ya’, jelaskan !</p>	

Saya menyatakan bahwa jawaban/penjelasan yang Saya berikan dalam formulir ini, adalah lengkap dan benar serta tidak ada hal material yang disembunyikan.

Saya mengerti dan menyetujui bahwa formulir ini adalah bagian dari SPAJ yang saya ajukan dan apabila keterangan yang Saya berikan dalam formulir ini tidak benar maka dapat mengakibatkan batalnya Polis.

Tempat & Tanggal :

Nama lengkap dan tanda tangan calon Tertanggung