

**KUESIONER MENYELAM**  
*(dilengkapi oleh calon Tertanggung)*

Nama Calon Tertanggung : \_\_\_\_\_

No. SPAJ: \_\_\_\_\_

No.	Pertanyaan	Penjelasan
1	a) Apakah Anda adalah penyelam Amatir atau Profesional? b) Jika Profesional, sebutkan : - nama Perusahaan/organisasi tempat Anda bekerja - Tujuan penyelaman	Beri tanda "x" pada kolom yang sesuai dengan tujuan penyelaman  <input type="checkbox"/> fotografi <input type="checkbox"/> Penyelamatan <input type="checkbox"/> penelitian <input type="checkbox"/> pemeliharaan <input type="checkbox"/> instalasi <input type="checkbox"/> eksplorasi <input type="checkbox"/> observasi <input type="checkbox"/> penyelaman percobaan <input type="checkbox"/> untuk penghargaan/kompetisi
2	a) Sudah berapa lama Anda menekuni kegiatan menyelam? b) Berapa kali Anda melakukan penyelaman rata-rata - dalam satu tahun? - Dalam 3 tahun terakhir?	
3	Mohon penjelasan: a) Kedalaman menyelam rata-rata (dalam satuan meter) b) Kedalaman menyelam maksimum (dalam satuan meter) c) Lama penyelaman rata-rata (dalam satuan jam) d) Lama penyelaman maksimum (dalam satuan jam) e) Jenis perlengkapan	
4	a) Jelaskan jenis dari lokasi penyelaman  b) sebutkan nama daerahnya	Beri tanda "x" pada kolom yang sesuai  <input type="checkbox"/> laut dalam <input type="checkbox"/> pantai <input type="checkbox"/> danau <input type="checkbox"/> lepas pantai <input type="checkbox"/> sungai <input type="checkbox"/> daerah berbatu
5	Apakah Anda adalah anggota aktif suatu perkumpulan (club) atau organisasi selam, baik profesional maupun amatir? Jika "ya", sebutkan nama perkumpulan/organisasi tersebut, di mana dan sejak kapan menjadi anggota.	
6	Apakah Anda menyelam sendiri atau berpasangan atau berkelompok? Jelaskan !	
7	Kapan Anda terakhir kali melakukan pemeriksaan kesehatan untuk menyelam?  Mohon sebutkan nama dan alamat dokter yang memeriksa, hasil dan tanggal pemeriksaan	
8	a) Apakah Anda pernah menderita suatu penyakit atau mengalami kecelakaan/cidera akibat dari suatu kegiatan menyelam? Jika "ya", jelaskan kapan terjadi, di mana dan tindakan/pengobatan yang dilakukan, sebutkan pula nama dokter yang merawat. b) Apakah saat ini masih terdapat gejala sisa akibat kejadian di atas?	
9	Apakah Anda menggunakan bahan peledak pada saat menyelam?	

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