



免责声明 EVENT WAIVER

I understand that participating in this event is potentially hazardous, and that I should not enter and participate unless I am medically able and properly trained.

我知道参加这个活动有潜在的危險，除非我身体状况良好并且参加适当的培训，我才能报名参加。

I declare that by participating in this activity, I assume full and complete responsibility for any injury or accident which may occur while I am travelling to or from the event, during or while I am on the premises of the event.

我声明：考虑接受这个活动，我自己承担活动中所发生伤害的全部责任。

I am also aware of and assume all risks associated with participating in this event, including but not limited to falls, contact with other participants, effects from the weather, traffic and conditions of the road. I, for myself and my heirs and executors, hereby waive, release and forever discharge the event organizers, sponsors, promoters, and each of their agents, representatives, successors and assignees, and all other persons associated with the event, for all my liabilities, claims, actions or damages that I may have against them arising out of or in any way connected with my participation in this event.

我清楚参与这个活动的所有风险，包括但不限于天气的影响、交通、道路条件等。我，以及我的继承人，遗嘱执行人放弃追求和要求赔偿的权利，永远放弃追求活动组织者、赞助商、推动者和他们的代理、代表、继任者等与活动关联的其他人责任的权利。

I understand that this waiver includes any claims, whether caused by negligence, the action or inaction of any of the above parties, or otherwise.

我知道我将放弃不管是否因为一方或者其他一方疏忽导致的任何追究的权利。我完全同意以上任何一方使用照片、录像、电影、网站图片、录音或者其他记录此次活动的方式。

Signature 签名: _____



基本资料 BASIC DATA

参赛组别 Category	<input type="checkbox"/> 精英赛/个人赛 Elite/Full Challenge	<input type="checkbox"/> 团队赛 Team Challenge	<input type="checkbox"/> 体验赛 Fun Climb	<input type="checkbox"/> 亲子体验赛 Family Climb																																												
报名编号 Registration ID																																																
姓名 Name			性别 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female																																												
国籍 Nationality	<input type="checkbox"/> 中国 China <input type="checkbox"/> 其他 Others	出生日期 Date of Birth	年(Y) 月(M) 日(D)																																													
<p>病史 Medical History:</p> <p>1. 您曾经发生过以下的情况吗? (可多选) Have you ever had the following? (select all applicable)</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 不明原因的胸部不适(胸闷、胸痛) unexplained chest pain (tightness or other pain)</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 不明原因的呼吸困难 unexplained dyspnea (shortness of breath)</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 不明原因的头晕 unexplained dizziness</p> <p><input type="checkbox"/> (4) 突然失去知觉 sudden loss of consciousness</p> <p><input type="checkbox"/> (5) 家族心脏病史(直系亲属在60岁前发生心脏病或者猝死) family history of heart disease (or/and sudden death of one parent before age of 60)</p> <p><input type="checkbox"/> (6) 以上皆无 none of the above</p>																																																
<p>2. 您有以下疾病吗? (可多选) Have you ever had the following? (select all applicable)</p> <table border="0"> <tr> <td>A. Heart disease</td> <td>心脏病</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>B. Hypertension</td> <td>高血压</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>C. Lung disease</td> <td>肺病</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>D. Asthma</td> <td>哮喘</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>E. Liver disease</td> <td>肝脏疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>F. Diabetes</td> <td>糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>G. Kidney disease</td> <td>肾脏病</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>H. Epilepsy</td> <td>癫痫</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>I. Hyperlipidemia</td> <td>高血脂</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>J. Frequently used medications (name)</td> <td>常用药(药名) _____</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> <tr> <td>K. Others</td> <td>其他 _____</td> <td><input type="checkbox"/> 有 yes</td> <td><input type="checkbox"/> 没有 no</td> </tr> </table>					A. Heart disease	心脏病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	B. Hypertension	高血压	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	C. Lung disease	肺病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	D. Asthma	哮喘	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	E. Liver disease	肝脏疾病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	F. Diabetes	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	G. Kidney disease	肾脏病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	H. Epilepsy	癫痫	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	I. Hyperlipidemia	高血脂	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	J. Frequently used medications (name)	常用药(药名) _____	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no	K. Others	其他 _____	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no
A. Heart disease	心脏病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
B. Hypertension	高血压	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
C. Lung disease	肺病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
D. Asthma	哮喘	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
E. Liver disease	肝脏疾病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
F. Diabetes	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
G. Kidney disease	肾脏病	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
H. Epilepsy	癫痫	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
I. Hyperlipidemia	高血脂	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
J. Frequently used medications (name)	常用药(药名) _____	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
K. Others	其他 _____	<input type="checkbox"/> 有 yes	<input type="checkbox"/> 没有 no																																													
<p>BP: / mmHg</p> <p>HR: 次/min</p>		Signature 签名:																																														
<p>SRT: <input type="checkbox"/> once <input type="checkbox"/> twice <input type="checkbox"/> three times</p> <p>Assessment: <input type="checkbox"/> passed <input type="checkbox"/> failed</p>																																																