

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Открытый личный Чемпионат и Первенство** **Вологодской области по мотокроссу 2019 года**1 июня 2019 г. п. Дубровское, Вологодский район *наименование соревнований, дата и место проведения* |   |
| *Класс* |  | *Стартовый номер* |
|  |
| **Заявка на участие в соревнованиях** |
| Фамилия: |   | Имя: |   |
| Отчество: |   |
| **ВЫБРАТЬ!!!** 🗹Лицензия МФР / регионального отделения МФР(тип, №): |[ ]  **Годовая на 2019 год:** Категория « », №  | Спортивное звание, разряд |
|  |  |  |   |
|  |[ ]  **Разовая (только на текущее мероприятие):**Категория « С », № б/н | № удостоверения (МСМК, МС, КМС) |
|  |  |  |   |
| Дата рождения |   |   |   |   |
|  | Число | Месяц | Год | Гражданство |
| Город (край, область, район): |   |
| Команда: |   | Номер регистрационного свидетельства |
|  |  |   |
| мотоцикл (1) |   |   |   |  |
| мотоцикл (2) |   |   |   |  |
|  | Марка | № рамы | Год выпуска |  |
| Тренер |   |   |   |
|  | Фамилия | Имя | Отчество |
| Механик |   |   |   |
|  | Фамилия | Имя | Отчество |
| **Страховой полис** | Серия, номер: |   | **Срок действия:** |   |
|  | Кем выдан: |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Мед. Допуск (квалификационная зачетная книжка), срок действия:** |   |
| Паспорт (Свидетельствоо рождении): | Серия; №: |   |
| Кем и когда выдан (но): |   |
| ИНН: |   |
| Пенсионное страховое свидетельство: |   |
| Домашний адрес | Индекс: |   | Субъект РФ, город (край, область, район) |   |
| Улица: |   |
| Дом, кв.: |   |
| Телефон: |   | e-mail: |   |

*Я, нижеподписавшийся, принимаю требования Положения, Регламента, Спортивного кодекса, Устава МФР, Правил соревнований (мотоциклетный спорт), других нормативных документов МФР и дополнений к ним и обязуюсь строго соблюдать их. Подтверждаю, что данные, указанные мною в заявке соответствуют действительности, обладаю действующим страховым полисом страхования жизни и здоровья от несчастных случаев и медицинским допуском. Заявленная спортивная техника соответствуют техническим требованиям. Освобождаю Организатора от ответственности за возможные убытки и ущерб, нанесенные мне, моему здоровью и моему имуществу во время соревнований, а также за ущерб и убытки, нанесенные мною третьим лицам и их имуществу. Обязуюсь не предъявлять МФР, ВКС, ГСК, Организатору соревнований претензий в связи с возможным прямым или косвенным ущербом, который может быть нанесен мне во время соревнований и тренировок, а также по поводу публикаций о соревновании в средствах массовой информации. Я даю свое разрешение на обработку персональных данных в соответствии с законом 152-фз.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| « |   | » |   | 20 |   | г. | Подпись заявителя: |  | ( |   | ) |

 Фамилия, инициалы

**МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА**

(заполняется спортсменом/родителями (опекунами/попечителями)/законными представителями)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| ***Фамилия*** | ***Имя*** | ***Отчество*** | ***Дата рождения*** |
| ***Адрес*** |  |
| ***Пол******(М/Ж)*** |  | ***Город*** |  |
| **НЕТ** |  | **ДА** | **примечания** |
|  | Потеря сознания по любым причинам, головокружение, головная боль |  |  |
|  | Глазные заболевания (кроме ношения очков) |  |  |
|  | Астма |  |  |
|  | Аллергия на медицинские препараты, лекарства |  |  |
|  | Диабет |  |  |
|  | Заболевания сердца |  |  |
|  | Заболевания желудка (язва и т.п.) |  |  |
|  | Гипертония, гипотония |  |  |
|  | Заболевания мочеполовых органов |  |  |
|  | Эпилепсия, судороги, конвульсии |  |  |
|  | Нервные заболевания |  |  |
|  | Заболевания рук, ног, суставов, судороги мышц |  |  |
|  | Заболевания крови, несвертываемость крови |  |  |
|  | Перенесенные операции |  |  |
|  | Принимаете ли Вы какие-либо лекарства постоянно? |  |  |

А. У меня нет медицинских противопоказаний для занятий спортом.

Б. Я не принимаю наркотики и не злоупотребляю алкоголем.

В. В случае получения травмы или заболевания, я разрешаю медицинскому персоналу оказать необходимую медицинскую помощь и сообщить соответствующую информацию в компетентные органы и заинтересованным лицам

Г. Я подтверждаю достоверность предоставленной мной информации.

Д. Я согласен с тем, что информация о моем медицинском осмотре будет передана в компетентные органы и заинтересованным лицам.

Дата:

Подпись заявителя

(родители/опекун/попечитель/законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_